



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Marina Gabriela Zunino

Perfil epidemiológico de la mortalidad por violencias en el Municipio de Lanús entre los años 1998 y 2002

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de la tesis

Hugo Guillermo Spinelli

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Marina Gabriela Zunino. (2005). Perfil epidemiológico de la mortalidad por violencias en el Municipio de Lanús entre los años 1998 y 2002 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/010552_Zunino.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



Universidad Nacional de Lanús

Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Trabajo de Tesis para la Obtención del Título de Magíster

**Perfil epidemiológico de la mortalidad por violencias en
el Municipio de Lanús entre los años 1998 y 2002.**

**Maestranda
Lic. Marina Gabriela Zunino**

**Director de Tesis
Dr. Hugo G. Spinelli**

2005

Este trabajo tiene anclaje dentro de la línea de investigación en mortalidad por violencias que se desarrolla en la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (MEGYPS). Los estudios previos y más recientes desarrollados en esta línea por el grupo de docentes-investigadores de la MEGYPS fueron: *"Análisis de la calidad de las estadísticas sanitarias oficiales de mortalidad por causas externas: propuesta de un circuito de información intersectorial"* (Alazraqui et al., 2003) y *"Análisis Cualitativo de la Calidad de Información de los Sistemas Estadísticos de Salud y de Justicia sobre Muertes Violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2001"* (Alazraqui et al., 2004), *"Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el sector salud"* (Spinelli et al., 2005) y *"Muertes y delitos por armas de fuego en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, año 2002"* (mimeo). La participación en los dos últimos trabajos mencionados, fue el primer acercamiento de quien escribe (que proviene del área de la biología) al tema de las violencias. El presente trabajo representa para esta maestranda un primer paso en su pretensión por comprender los abordajes de las ciencias sociales a los problemas humanos y articularlos con los abordajes cuantitativos.

Agradecimientos

Al Dr. Hugo Spinelli, por los conocimientos aportados, el apoyo y por la oportunidad.

Al Dr. Marcio Alazraqui por los conocimientos brindados, el apoyo y la paciencia inagotable.

Al Lic. Carlos Guevel, por los datos y la bibliografía proporcionada y por las valiosas aclaraciones brindadas.

A Norberto Ambroyeti por el tiempo proporcionado y las dudas resueltas.

Al Dr. Daniel Nucher, por los datos proporcionados.

Al Dr. Guillermo Macías, por el trabajo compartido.

A Magalí Minvielle por las sugerencias y el apoyo.

A mis compañeros de Maestría, de quienes aprendí muchísimo.

A la Familia: por el apoyo incondicional.

A Má, orientadora.

A Clara: por su ayuda para hacer posible esta tesis.

A Christian y Mariana por el apoyo material y logístico.

A los Amigos: Alexa, Chris, Mari, Nati, Pablito, Vicky, Xime. Por estar siempre.

Agradezco a Geotarget S.A. por la cesión del software MAPINFO Profesional versión 7.0, que contiene cartografía del Municipio de Lanús e información del Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

Resumen

El presente trabajo es un estudio descriptivo de la mortalidad por violencias en el Municipio de Lanús durante los años 1998 y 2002.

El análisis de las muertes violentas se centró en las defunciones que ocurrieron en el Municipio independientemente del lugar de residencia de la víctima. Se presenta también el análisis de las muertes en residentes del Municipio. La información fue obtenida de los Certificados de Defunción, Registro Civil Municipal, y de las bases de datos conteniendo información de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. El uso de dos fuentes respondió a la necesidad de complementar la información de ambas, con el fin de realizar el análisis georreferencial. Los Tipos de Muerte Violenta fueron definidos, a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Eventos Relacionados con la Salud–10ª Revisión, como: a) *accidentes*, b) *suicidios*, c) *homicidios* y d) *muertes violentas ignoradas*.

Para el conjunto de años en estudio, se registraron 1.105 muertes por violencia. De éstas el 44,8% (n=495) correspondió a muertes violentas ignoradas, 23,1% (n= 255) a accidentes, 20,1% (n=222) a homicidios y 12,0% (n=133) a suicidios. Las muertes fueron mayores en varones (82,7%). La razón de masculinidad fue 4,8. Los grupos de edad más afectados fueron los de 15 a 29 años y mayores de 75 años. La circunstancia de muerte de mayor importancia fue *disparo con arma de fuego* (41,4%; n=458). La razón de muertes violentas para el conjunto de los años estudiados fue 47,0 por 100.000 habitantes; la tasa total de muertes violentas fue 50,3 por 100.000 habitantes. Al comparar las razones (lugar de ocurrencia) y tasas (lugar de residencia) se observa que ambas presentaron valores similares en el 2001 y, en el 2002, las razones superaron a las tasas (61,8 y 56,3 por 100.000 habitantes).

Las fracciones censales con las mayores razones para el total de muertes violentas (ocurrencia) se ubicaron en áreas con condiciones de vida superiores. Por el contrario, las fracciones con tasas (residencia) superiores se registraron en áreas del Municipio con menores condiciones de vida. La consideración de las muertes en no residentes agrega información esencial acerca del perfil de mortalidad por violencias, información imposible de obtener si tomásemos en cuenta únicamente las muertes en residentes.

Consideramos fundamental la realización de estudios descriptivos como primera aproximación para conocer los perfiles de morbilidad de lugares donde no existe información. Resaltamos la necesidad de complementar la información producida por estudios de tipo cuantitativo con metodologías nos aproximen a otras dimensiones del problema. Finalmente, proponemos un abordaje *interdisciplinario*, que posibilita abordar el problema en su calidad de complejo. Pensamos que con estos pasos podemos evitar caer en las tradicionales explicaciones biologicistas y medicalizadoras, que nos llevan a *naturalizar* y *banalizar* el problema y que, por lo tanto, nos dejan sin herramientas para afrontarlo y disminuirlo.

Palabras claves: muertes violentas, georreferencia

Abstract

The present work is a descriptive study of violent deaths in the Lanús Municipality, Argentina, between the years of 1998 and 2002.

The analysis of deaths focused on the deceases occurred (*ratio*) in the Municipality independently of the victim's place of residence. As it is customary, an analysis of the deaths of the Municipality's residents (*rate*) is also presented. Data was obtained through Decease Certificates, Municipal *Registro Civil* of Lanus, and databases containing information from the Deaths Statistical Reports of the Statistics and Health Information Directorate of the National Health and Environment Ministry. The use of two sources responded to the need of complementing/cross checking the information of both sources with the intention of georreference analysis. Types of violent deaths were defined based on the International Diseases Classification 10th Revision as: a) accidents, b) suicides, c) homicides and d) ignored violent deaths.

For the entire considered period, 1,015 deaths were registered. 44.8% out of this (n=485) corresponded to ignored violent deaths, 23.1% (n= 255) were accidents, 20.1% (n=222) were homicides, and 12.0% (n=133) were suicides. Deaths were more common among males (82.7%). The masculinity ratio was 4.8. The age groups most affected were 15 to 29 years old and 75 year old and more. The most important death circumstance was handgun shot (41.4%; n=458).

For all the years taken in the study, the *ratio of violent deaths* was 47.0 per 100,000 inhabitants; while the total *rate of violent deaths* was 50.3 per 100,000 inhabitants. Comparing the ratios (place of occurrence) and rates (place of residence) it can be observed that both presented similar values in 2001 and, in 2002, ratios were higher than rates (61.8 and 56.3 per 100,000 inhabitants). Census fractions with the higher ratios for the total of violent deaths (occurrence) were those encompassing areas with higher life conditions than the rest of the Municipality. On the contrary, fractions with higher rates (residence) were registered in areas with lower life conditions. The consideration of deaths of non residents adds important information to the profile of mortality due to violences, information impossible to obtain if only resident deaths were taken into account.

The pursuit of descriptive studies as a first approach to knowing the profiles of morbidity/mortality —in places where there is no such data available— is consider of uttermost importance. The importance of complementing the information through quantitative studies with methodologies that allow the researcher to gain familiarity with other dimensions of the problem is also highlighted. Finally, we propose the use of an *interdisciplinary* approach to the study of violences enabling their treatment as the complex problem they are. In so doing, traditional biologicistic and medicalizing (*medicalización*), that tend to naturalize the problem therefore, leaving researchers and planners without tools to confront it and reduce it.

Key Words: violent deaths, georreference

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Objetivo general y Objetivos específicos	1
2. FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO	3
2.1 Mortalidad por violencias. Situación actual	3
2.2 Región de las Américas	4
2.3 Argentina	5
2.4 Municipio de Lanús	6
3. LA DEFINICIÓN DE VIOLENCIAS	9
3.1 Tipos de violencias	10
4. MARCO TEÓRICO	13
4.1 Las violencias y el sector salud	13
4.2 Las violencias y el contexto de la modernidad	14
4.3 Teorías sobre las violencias	16
5. DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO DE LANÚS	24
5.1 Descripción sociodemográfica	24
5.2 Descripción socioeconómica	27
6. METODOLOGÍA	30
7. RESULTADOS	35
7.1 Resultados generales	35
7.2 Muertes por homicidio	42
7.3 Muertes por suicidio	46
7.4 Muertes por accidente	50
7.5 Muertes violentas ignoradas	55
8. CONCLUSIONES	59
9. DISCUSIÓN	66
10. BIBLIOGRAFÍA	68
11. LISTADO DE TABLAS, GRÁFICOS Y MAPAS	73
12. ANEXOS	76
Anexo 1. Cálculo de tasas de la serie de tendencia temporal 1998-2002.	76
Anexo 2. Pirámides de población —en porcentaje de población— de Argentina, Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Municipio de Lanús, 2001.	78
Anexo 3. Resultados del ajuste de tasas	79
Anexo 4. Criterios adoptados para el cruce de las bases de datos	80

Anexo 5. Población del Municipio de Lanús. Período 1998-2002	81
Anexo 6. Geocodificación manual	82
Anexo 7. Resultados de la geocodificación	83
Anexo 8. Razón de masculinidad y distribución porcentual de los Tipos de Muertes Violentas según sexo, edad y período	84
Anexo 9. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas según Ocupación	86
Anexo 10. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas según Nivel de Instrucción	87
Anexo 11. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas según Mes y Día de la semana	88
Anexo 12. Georreferencia de las Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Período. 1998-2002	89
Anexo 13. Número de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús. 1998-2002.	90
Anexo 14. Georreferencia de las Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús según Período. 1998-2002.	91

1. INTRODUCCIÓN

La cantidad de cuestiones que las violencias colocan en la agenda pública es diversa e innumerable: desde los accidentes de tránsito, los accidentes laborales, las intoxicaciones por drogas y alcohol, el maltrato hacia los niños, adolescentes, a personas mayores y entre adultos, hasta las muertes relacionadas con el tráfico de drogas y armas, así como las horas laborales dedicadas a estas cuestiones y la carga económica que representan las violencias en cuanto a la asistencia sanitaria, seguridad y servicios judiciales.

Todas estas cuestiones no dejan lugar para la duda de que las violencias tienen consecuencias tanto a nivel individual de las personas —no sólo por las repercusiones físicas que pueden tener sino también por las psicológicas— como a nivel social. A pesar del impacto de las violencias sobre la vida de las personas y la sociedad, las investigaciones epidemiológicas sobre el tema son escasas en el país. Específicamente, en el Municipio de Lanús, no fue encontrada ninguna que aborde el tema.

Consideramos necesario no sólo aumentar el número de trabajos que describan y analicen la situación de las violencias, sino también realizar una suerte de conjunción entre las diversas miradas que se ocupan de la cuestión, como son, a diferentes escalas: la cualitativa y la cuantitativa, la biomédica, la sociológica y la psicológica, y las de los sectores oficiales como salud, justicia y policía. En nuestra opinión esta será una manera más efectiva de enfrentar un problema complejo como es el de las violencias.

A fin de tener una primera aproximación a la situación del Municipio de Lanús sobre este problema, se realizó un estudio descriptivo de las muertes violentas que ocurrieron en el Municipio de Lanús entre los años 1998 y 2002.

Iniciamos este trabajo con la descripción de la situación de la mortalidad por violencias en el mundo, en las Américas, con especial atención en Latinoamérica y, finalmente, en Argentina y el Municipio de Lanús. Posteriormente, aclaramos algunas cuestiones sobre nuestra concepción de las violencias y la definición que adoptamos en este trabajo. En el marco teórico se sintetizan aspectos de la incorporación de las violencias como problema por parte del sector salud, así como de la constitución de las violencias como objeto de estudio en el contexto de la modernidad, y de las teorías sobre las violencias desarrolladas en y desde el contexto de la modernidad hasta la actualidad. Continuamos con la descripción de las características sociodemográficas y socioeconómicas del Municipio de Lanús. En la sección de Metodología exponemos aspectos del procesamiento y análisis de los datos. En las Conclusiones presentamos los resultados más relevantes y hacemos un comentario en función de posibles interpretaciones. En la Discusión presentamos algunas consideraciones acerca del abordaje de las violencias como problema objeto de estudio.

1.1 Objetivos

Objetivo general:

Analizar la frecuencia, tendencia y distribución de las muertes violentas ocurridas en residentes y no residentes del Municipio de Lanús durante el período 1998-2002.

Objetivos específicos:

1. Describir el número, porcentaje, razón y tasa de muertes violentas ocurridas en residentes y no residentes del Municipio durante los años mencionados.
2. Analizar las características de las muertes por violencia en función del tipo de muerte violenta (accidentes, suicidios, homicidios y muertes violentas ignoradas), sexo, edad, ocupación, nivel de instrucción, y sitio de ocurrencia de la defunción.
3. Georreferenciar las muertes violentas totales y los distintos tipos de muerte según calle o fracción censal.
4. Caracterizar zonas críticas de ocurrencia de hechos violentos en función de cada tipo de muerte.

2. FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO

En esta sección se describe el perfil de mortalidad por violencias en el mundo, en la región de las Américas, principalmente Latinoamérica, en Argentina y en el Municipio de Lanús.

En vista de que no se halló información publicada sobre mortalidad por violencias en el Municipio de Lanús, la información que presentamos en esta sección corresponde a elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Para realizar esta descripción nos centramos en la mortalidad, ya que este es el eje de nuestro trabajo. Sin embargo, no podemos dejar de mencionar a las violencias no mortales — lesiones provocadas por accidentes, intentos de suicidio u homicidio, las agresiones físicas y sexuales, entre otras—, ya que representan también un problema importante en nuestras sociedades. Somos concientes de que las cifras de mortalidad constituyen subestimaciones de la verdadera carga de la violencia, pues ellas representan “la punta del iceberg” en lo que a las violencias respecta (Minayo, 1994; Briceño-León, 1999; Cruz, 1999; OPS/OMS, 2003).

La alta letalidad de los casos se presenta, sin embargo, como un hecho singular de las violencias en la actualidad. Las muertes inciden particularmente en adolescentes y jóvenes, por lo que las violencias resultan responsables del mayor número de años potenciales de vida perdidos cuando se observa el cuadro general de los decesos. Dadas las muertes prematuras que las violencias producen, en lo que a la mortalidad respecta, las violencias son calificadas como constituyentes de una segunda *selección social*, ya que la primera la continúa ejerciendo la mortalidad infantil (Minayo, 2005).

2.1 Mortalidad por violencias. Situación Actual

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud publicado por OPS/OMS (2003) establece que, para el año 2000, 1,6 millones de personas murieron como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva, lo que representa una tasa general ajustada por edad de 28,8 por 100.000 habitantes.

Aproximadamente la mitad de esas 1.600.000 defunciones relacionadas con la violencia se debieron a suicidios (14,5 por 100.000 habitantes), casi una tercera parte a homicidios (8,8 por 100.000 habitantes) y cerca de la quinta parte a conflictos armados (OPS/OMS, 2003).

Las violencias presentan una distribución desigual entre los sexos y grupos de edades; son generalmente los varones jóvenes los más perjudicados. Esta distribución suele observarse tanto a nivel mundial como de regiones, países, provincias, jurisdicciones entre otros niveles de análisis (Yunes y Rajs, 1994; Cruz, 1999; Concha-Eastman *et al.*, 2002; OPS/OMS, 2003).

Las diferencias entre los sexos son muy marcadas sobre todo para los homicidios y suicidios. En el año 2000, en el mundo, los varones representaron el 77% de los homicidios y el 60% de los suicidios. Las tasas ajustadas por edad en varones fueron tres veces mayores que las de las mujeres en el caso de los homicidios (13,6 y 4,0 por 100.000 hab. respectivamente) y aproximadamente el doble en el de los suicidios (18,9 y 10,6 por 100.000 hab. respectivamente) (OPS/OMS, 2003).

Una distribución asimétrica de los homicidios y suicidios entre los sexos se observó también para cada uno de los grupos de edades. La tasa más alta de homicidios en el mundo correspondió a la de los varones de 15 a 29 años (19,4 por 100.000 hab.), seguida muy de cerca por la del grupo de 30 a 34 años (18,7 por 100.000 hab.). Tanto para las mujeres como para los varones las tasas de suicidio aumentaron con la edad y alcanzaron el punto más elevado en el grupo de 60 años o más (44,9 por 100.000 hab. en el caso de los varones y 22,1 por 100.000 hab. en el caso de las mujeres) (OPS/OMS, 2003).

2.2 Región de las Américas

Existen claras diferencias regionales en la mortalidad por violencias. América —junto a África— presenta la tasa de homicidios más alta; en estos continentes las tasas de homicidio son casi tres veces mayores que las de suicidio. La situación de Europa y el Pacífico Occidental es prácticamente inversa a la señalada para los continentes anteriores (OPS/OMS, 2003).

En la región de las Américas, las violencias se ubican en tercer lugar respecto al resto de las causas de muerte, representando en suma el 6,2%¹ del total de las defunciones ocurridas en la región. Este porcentaje está compuesto principalmente por los homicidios y las lesiones por accidente de tránsito, que ocupan el séptimo y noveno lugar respectivamente en relación al total de las causas de defunción —en proporciones del 2,7% para homicidios y 2,4% para las lesiones por accidente de tránsito—. Los suicidios representaron sólo un 1,1% del total de las causas, ubicándose en la vigésimo primera posición, distantes de las diez principales causas de muerte (OPS/OMS, 2003).

La subregión Latinoamericana y del Caribe se encuentran entre las zonas más violentas del mundo; en ellas mueren por homicidio intencional entre 110.000 y 120.000 personas cada año, y por accidentes de tránsito muere una cantidad similar (OPS/OMS, 2001).

Según los reportes recibidos por la OPS/OMS (2001), en varios de los países de América Latina el homicidio es la primera causa de mortalidad en hombres de 15 a 34 años. Las tasas reportadas entre los años 1990 y 2000 superaron ampliamente los 10 por 100.000 habitantes en nueve de los países de esta subregión que suministraron información. A modo de comparación, estas tasas son como mínimo tres veces mayores que la de Estados Unidos de América; país que tiene la tasa más alta de homicidios entre los países desarrollados (7,3 por 100.000 habitantes para el año 1997) (OPS/OMS, 2001).

Entre los países latinoamericanos, Colombia reportó la tasa de homicidios más alta (1995: 61,6 por 100.000 habitantes), seguido de cerca por El Salvador (1993: 55,6 por 100.000 habitantes). Con tasas inferiores les siguen Brasil (1995: 23,0 por 100.000 hab.), Puerto Rico (1998: 20,6 por 100.000 hab.), Venezuela (1994: 16,0 por 100.000 hab.) y México (1997: 15,9 por 100.000 hab.). Argentina se encuentra entre los países con menores tasas de homicidio (1996: 4,7 por 100.000 hab.) (OPS/OMS, 2003).

Respecto al resto de los tipos de violencias, Yunes y Rajs (1994) en un estudio que abarcó el período 1979 a 1990 concluyeron que la mortalidad por accidentes de tránsito presentaba una tendencia decreciente. Las proyecciones actuales indican, por el contrario, que las lesiones en

¹ Se elaboró como la suma de los porcentajes de homicidios, lesiones por accidente de tránsito y suicidios del Cuadro A.6 (OPS/OMS, 2003).

accidentes de tránsito aumentarán (OPS/OMS, 2004). Entre las naciones latinoamericanas con mayor número de muertes relacionadas con el tránsito se encuentran Brasil, México, Colombia y Venezuela (OPS/OMS, 2004).

De los tres tipos de violencias los suicidios presentan las tasas más bajas; a excepción de Cuba y Guyana, los países de la subregión reportaron tasas menores de 10 por 100.000 hab. (OPS/OMS, 2003).

2.3 Argentina

En la Argentina las violencias constituyen la cuarta causa de mortalidad general y son las principales responsables de los años de vida potenciales perdidos, superando ampliamente a las tres primeras causas (cardiovasculares, tumores y enfermedades del sistema respiratorio) (Ministerio de Salud y Ambiente, 2004).

La comparación de datos publicados en los Indicadores Básicos del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y OPS/OMS muestra que, entre los años 2000 y 2005, las tasas crudas y ajustadas de mortalidad por causas externas del país disminuyeron desde un valor de 53,8 a 49,3 por 100.00 habitantes y 53,8 a 48,6 por 100.00 habitantes respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Tasas crudas y ajustadas de Mortalidad por Violencias (por 100.000 habitantes). Argentina. 2000-2005.

Año	Tasa Cruda	Tasa Ajustada
2000	53,8	53,8
2001	51,4	51,1
2002	51,5	51,6
2003	53,1	51,8
2004	51,5	51,6
2005	49,3	48,6

Fuente: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2000, 2001, 2002, 2003, 2004 y 2005).

En el trienio 1999-2001, las provincias del sur Chubut, Santa Cruz y Neuquén, junto con Jujuy al norte, presentaron las tasas de mortalidad por causas externas ajustadas por edad más altas del país —sus valores variaron entre el 62,6 y el 73,9 por 100.000 habitantes— (UNLa *et al.*, 2005). Les siguieron las provincias del Noreste, Formosa y Chaco, junto con Santa Fe y Mendoza, con tasas de entre 58,2 y 62,6 por 100.000 habitantes.

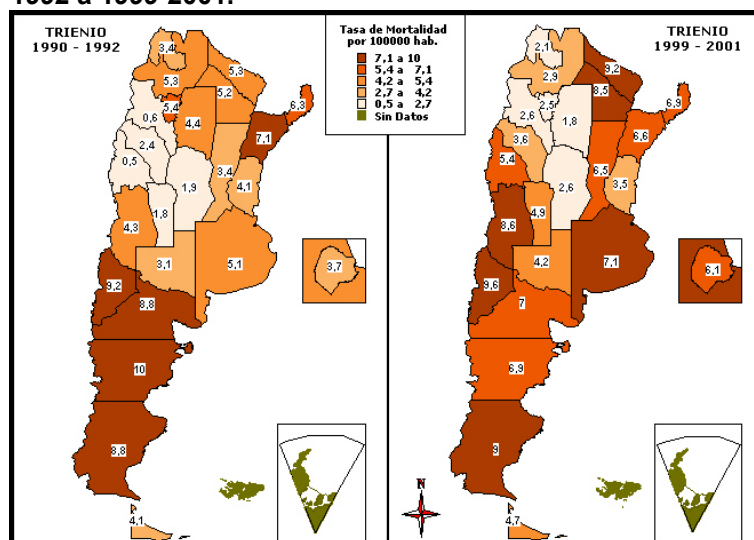
En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires las tasas crudas de los trienios disminuyeron desde 49,8 a 44,9 por 100.000 y las ajustadas desde 41,8 a 38,0 por 100.000 habitantes. En cambio, las de la Provincia de Buenos Aires (PBA) —a la que pertenece el Municipio de Lanús— aumentaron entre los trienios. En el período 1990-1992 las tasas crudas y ajustadas fueron de 51,4 y 52,9 por 100.000 habitantes respectivamente; mientras que, en 1999-2001, fueron de 54,8 y 53,9 por 100.000 habitantes respectivamente.

En relación con los distintos tipos de muerte, en el trienio 1999-2001, las tasas de mortalidad por agresiones de la PBA se encontraron entre las más altas del país (7,1 a 10 por 100.000 habitantes), habiéndose registrado un aumento respecto a las del período 1990-1992

(Mapa 1).

Las tasas crudas y ajustadas de suicidio aumentaron también entre ambos períodos — pasando de 6,11 a 7,15 por 100.000 habitantes y de 5,88 a 6,66 por 100.000 habitantes respectivamente—. Las de accidentes, en cambio, disminuyeron de un trienio al otro.

Mapa 1. Tasas de mortalidad por provincias ajustadas por edad. Agresiones. Ambos sexos. Argentina, 1990-1992 a 1999-2001.



Fuente: UNLa et al. (2005).

2.4 Municipio de Lanús

Con el objetivo de comparar el perfil de mortalidad por violencias del Municipio de Lanús respecto a los de Argentina, Provincia de Buenos Aires, el Primer Cordón^{2 3} de la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentamos, para el período 1980-2002, la descripción de los datos de defunciones en residentes en las jurisdicciones mencionadas.

Entre los años 1980 y 2002, el número total de defunciones por causas externas en Lanús fue de 5.129, lo que representó el 16,7% de las muertes de la Provincia de Buenos Aires y el 1,3% de las muertes del país.

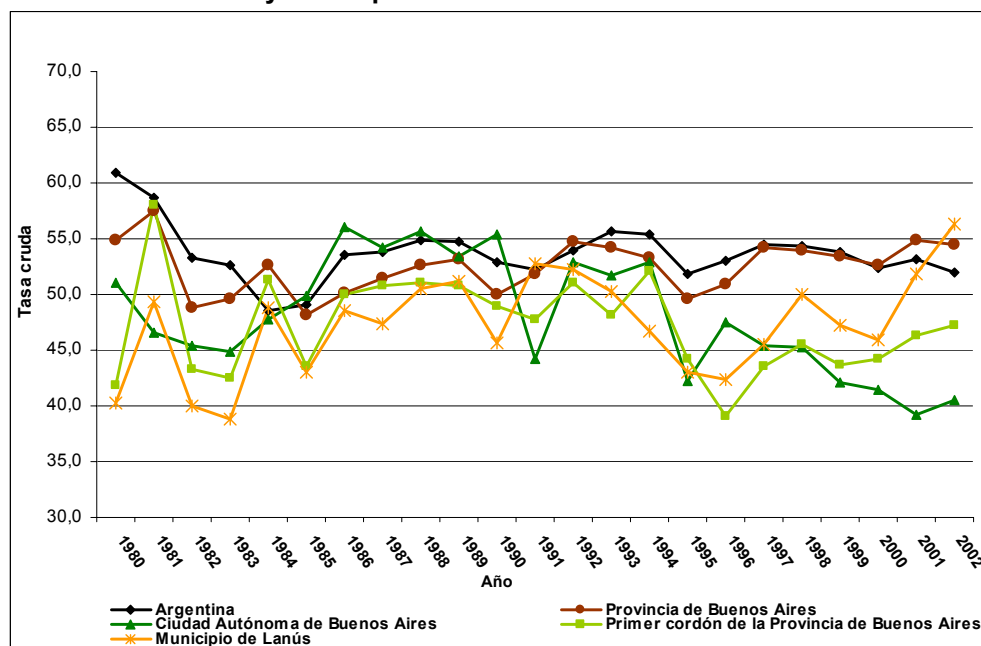
El Gráfico 1 presenta las tasas crudas de las cinco jurisdicciones para el período 1980-2002⁴. Las tasas de mortalidad de Argentina y PBA oscilaron entre 48,6 y 61,0 por 100.000 habitantes y 48,2 y 57,5 por 100.000 habitantes respectivamente. Las tasas del Primer Cordón, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Lanús presentaron mayor variación: 39,1-58,0, 39,2-56,0 y 38,8-56,3 por 100.000 habitantes respectivamente.

² En base a la clasificación del INDEC (2003), “cordón” se define como el área estrictamente geográfica —aunque se da por supuesta cierta homogeneidad socioeconómica— que agrupa al conjunto de los 24 municipios del Gran Buenos Aires que rodean a la Ciudad de Buenos Aires. El “primer cordón” se representa como el anillo de partidos más cercanos a la Ciudad de Buenos Aires; y el “segundo cordón” y “tercer cordón” como los anillos sucesivos que abarcan los partidos más distantes de la Ciudad de Buenos Aires.

³ Lanús pertenece al primer cordón, junto con los partidos: Avellaneda, Gral. San Martín, Lomas de Zamora, Morón, Quilmes, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López.

⁴ En el Anexo 1 se detallan observaciones acerca de la elaboración de este gráfico de tendencia, así como la tabla con las tasas y poblaciones con la que fue construido.

Gráfico 1. Tasas crudas de Mortalidad por Violencias (por 100.000 habitantes). Argentina, Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Primer Cordón de la Provincia de Buenos Aires y Municipio de Lanús. 1980-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, INDEC (1989) e INDEC (1996).

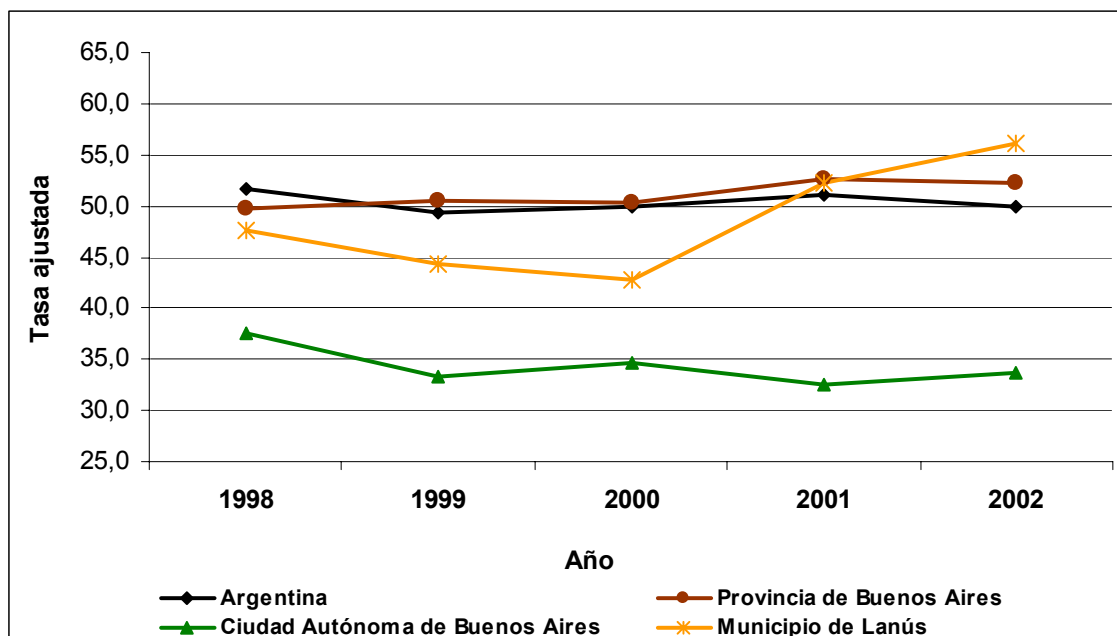
Considerando que las muertes violentas afectan mayormente a varones jóvenes, una población con alta proporción de población masculina joven tendrá tasas crudas mayores que las de una población envejecida y con mayor proporción de mujeres. Así, la comparación entre las jurisdicciones requiere el análisis previo de la estructura de edades y sexos en cada una de ellas. Dicho análisis mostró que Argentina y PBA tienen poblaciones jóvenes mientras que las de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Lanús presentan, en comparación, mayor tendencia al envejecimiento (Anexo 2). Se decidió, por lo tanto, realizar el ajuste por edad para la comparación de las tasas entre las jurisdicciones. La evaluación de la proporción de sexos no mostró diferencias importantes para el país entre los censos 1980, 1991 y 2001, por lo que asumimos que la estructura de sexos no ha variado sustancialmente entre los años del período 1980-2002.

Los métodos de ajuste de tasas requieren del número de personas por cada grupo de edad de las poblaciones que se desea comparar. En vista de esta información no estuvo disponible para todos los municipios componentes de la PBA, ni para todos los años del período 1980-2002, se excluyó de este análisis al Primer Cordón Bonaerense, y se decidió ajustar las tasas para los años comprendidos entre 1998 y 2002.

Hechas estas aclaraciones que consideramos necesarias, presentamos finalmente en el Gráfico 2 las tasas ajustadas para las cuatro jurisdicciones analizadas. Las tasas ajustadas no presentaron diferencias sustanciales con las tasas crudas⁵. Como se observa en el Gráfico 2, las tasas del Municipio de Lanús aumentaron en el 2001 igualándose a las de la PBA y el país y superándolas en el año 2002.

⁵ El ajuste de tasas se realizó a través del método directo, utilizando la población de Argentina en el año 2000. En el Anexo 3 se presenta la tabla con las tasas crudas y ajustadas.

Gráfico 2. Tasas ajustadas de Mortalidad por Violencias (por 100.000 habitantes). Argentina, Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y Municipio de Lanús. 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Por último, presentamos también para el período 1998-2002, la distribución proporcional para las causas responsables del 90,8% de la mortalidad de Lanús (Tabla 2). De las 25.132 defunciones ocurridas a residentes, el 4,7% (n=1.182) correspondió a causas externas; por lo tanto, las violencias constituyeron en dicho período la cuarta causa de mortalidad del Municipio.

Tabla 2. Distribución porcentual de los principales grupos de causas de defunción, en residentes del Municipio de Lanús. 1998-2002.

Causa de Muerte	%	(n)
Enfermedades del Sistema Circulatorio	35,7	(8.979)
Enfermedades del Sistema Respiratorio	26,5	(6.649)
Tumores	16,1	(4.047)
Causas Externas	4,7	(1.182)
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	4,6	(1.149)
Enfermedades del Sistema Urinario	1,7	(437)
Diabetes mellitus	1,5	(365)
Subtotal	90,8	(22.808)
Resto de causas	6,7	(1.673)
Mal definidas	2,6	(651)
Total	100,0	(25.132)

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

3. LA DEFINICIÓN DE LAS VIOLENCIAS

La Organización Mundial de la Salud en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud definió las violencias como "el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" (OPS/OMS, 2003). Esta definición resume cuestiones fundamentales de la concepción actual de violencia. En principio menciona la "fuerza física" categoría que algunos autores señalan como la que da identidad a los hechos violentos.

El poder constituye también una categoría central. Éste es la vía por medio de la cual se aplica la fuerza física para la obtención de un fin. La fuerza entonces tiene direccionalidad ya que se ejerce con una intención determinada. Como consecuencia el daño producido puede ser físico y/o psíquico o moral. Excluir éste último implica reducir el concepto a su concepción biologicista. A su vez, la fuerza, puede ser ejercida en forma física o simbólica, abarcando las violencias entre individuos, grupos, instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

Como vemos, entrando sucintamente en la definición elegida, encontramos un mundo de cuestiones difíciles de explicitar y analizar en virtud de la complejidad del tema. Pero una definición conceptual amplia como la de la Organización Mundial de la Salud requiere imprescindiblemente de una contraparte operativa que permita el análisis de las situaciones de violencias en función del necesario recorte que hacemos para el estudio de la cuestión.

Encontrar una definición clara y amplia y a la vez operativa de las violencias resulta difícil. Es claro que una definición única podría no resultar útil para el análisis de este objeto. En efecto encontramos en la bibliografía numerosas definiciones de violencia que dan cuenta de lo arduo que resulta abordar el asunto (Minayo, 1994; Yunes y Rajs, 1994; Menéndez y Di Prado, 1998; Franco, 1999; Ramos de Souza, 2002).

La biomedicina, en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Eventos Relacionados con la Salud – 10ª Revisión (CIE X), agrupa a las violencias en un conjunto denominado "Causas Externas" que subdivide en cuatro tipos: accidentes, suicidios, homicidios y muertes violentas ignoradas. La denominación de "Causa Externa" aparece como opuesta a las otras causas "naturales" de enfermedad y muerte. Bajo la concepción de la Racionalidad Médico Científica⁶ (Spinelli, 1998), esta clasificación reduce el problema al nivel individual y no expresa los contenidos esenciales del concepto de las violencias ya que se centra en el daño físico sin considerar las relaciones interhumanas en las que se inscriben.

Desde una línea sociológica, algunos autores encuentran mayor operacionalización, según el abordaje con que se encare el tema, en definiciones tales como:

"La violencia es entendida como todo evento representado por relaciones, acciones, negligencias u omisiones, realizadas por individuos, grupos, clases, naciones que ocasionan daños físicos, emocionales, morales o espirituales a otros. Constituye una relación dinámica entre víctimas y agresores, cuyas raíces están en las estructuras

⁶ La Racionalidad Médico Científica se define en el Marco teórico (Nota al pie nº 9, página 15).

sociales, económicas y políticas, así como en las conciencias individuales" (Ramos de Souza, 2002) (pp.258).

Las definiciones de la CIE X y la de Ramos de Souza son ejemplos extremos de las concepciones existentes. La primera da cuenta exclusivamente del hecho que causa lesión o muerte física de manera violenta, mientras que la segunda considera la compleja interacción de relaciones humanas que llevan a producir dicho evento.

Lejos del intento de encontrar una definición adecuada para las violencias consideramos importante reconocer su historicidad. *"Ella recupera para la violencia el carácter de construcción temporal relacional interhumana, de realidad racional-pasional diversa, variable y transformable"* (Franco, 1999). La violencia es una manera de actuar, aprendida y ejercida en las relaciones entre los seres humanos y en las instituciones y organizaciones que ellos han ido construyendo.

Las violencias son caracterizadas por Saul Franco (1999) como una *"forma aprendida de relacionarse"* lo que desecha cualquier interpretación biologicista de la cuestión. Pero como él mismo dice:

"lo esencial no es el reconocimiento de lo no humano sino el de las características humanas en la acción violenta: racionalidad, direccionalidad, pasión, así como del hecho de que las formas violentas de respuesta se van generando en el tejido de las relaciones interhumanas, en la cotidianeidad milenariamente repetida de las múltiples relaciones humano-humano en los niveles individuales y de los colectivos —familia, etnia, nación, clase, grupo— que se han ido construyendo" (pp. 3).

3.1 Tipos de violencias

Cada uno de los tipos de violencia constituye en sí mismo un objeto de múltiples significaciones. En líneas muy generales haremos una síntesis de los distintos tipos de violencias.

Empezamos por los homicidios, considerados *"la forma suprema de violencia, en el sentido de que privan a la víctima de la totalidad de sus derechos y en forma definitiva"* (Franco, 1999). El homicidio tiene profundos significados y graves consecuencias en el nivel social, por lo cual es un indicador de la incapacidad de la sociedad para construir y ejercer mecanismos no letales de resolución de conflictos.

El asunto más delicado en la clasificación de los homicidios es la intencionalidad. Estrictamente hay homicidio cuando alguien mata a otro con conocimiento e intención de hacerlo (Franco, 1999). El sector judicial⁷ considera homicidio doloso cuando existió la intención conciente de matar, y homicidio culposo cuando no hay intencionalidad directa pero hay negligencia para impedirlo u omisión imprudente que también implica responsabilidad (Franco, 1999; DNPC et al., 2002). Así, en nuestro país, el sector judicial incluye los accidentes de tránsito en esta última categoría, mientras que el sector salud⁸ no hace distinción entre los tipos de homicidio.

El suicidio es la muerte producida por la propia víctima, su diferencia esencial con el homicidio es que el suicidio es un acto autoinfligido. Sin embargo, el suicidio es en sí mismo un fenómeno colectivo. Emile Durkheim fue el primero en definir rigurosamente al suicidio como un

⁷ Dentro del Sector Judicial, el procesamiento de este tipo de datos se realiza a través del Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC) de la Dirección Nacional de Política Criminal del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina.

⁸ Dentro del Sector Salud, el procesamiento de datos se realiza en la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y Ambiente de la República Argentina.

evento que va más allá de factores personales, psicológicos y genéticos. En palabras de Nunes (1998), *“el suicidio solamente es posible cuando se tiene una representación anticipada de muerte.”* Las variaciones geográficas y periódicas y sobre todo las diferencias en las tasas de suicidio entre grupos religiosos, grupos de personas con distinta situación conyugal (solteros, casados, viudos), inmigrantes recientes y residentes, clases sociales, etc., muestran que el suicidio es sin duda un acto cuyo entendimiento debería buscarse también en el nivel sociológico.

En relación a los accidentes la cuestión parece aún más compleja de determinar. En efecto, los accidentes no siempre son consecuencia del azar; como mencionamos arriba, los accidentes de tránsito pueden ser considerados homicidios dolosos pues su ocurrencia, aún cuando no haya intencionalidad directa de matar, puede ser consecuencia de negligencia. Asimismo, un accidente de tránsito o de otro tipo puede producirse como un acto de suicidio tanto de un ocupante de automotor como de un peatón. Razonamientos análogos son válidos para los accidentes domésticos, laborales y de otra naturaleza.

La separación de los accidentes en un tipo de violencia particular desconoce que estos pueden no ser azarosos; aunque no entraremos en esta discusión, incluimos el comentario con el fin de mantener el reconocimiento de que otras cuestiones propias de los sujetos concientes o no y de la sociedad están ligadas a la ocurrencia de accidentes.

La distinción de los tipos de violencia que hemos hecho se refiere a la violencia autoinfligida y la interpersonal, que comprenden el comportamiento suicida y autolesiones y la producida entre miembros de la familia o pareja o entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no. No abordaremos en este trabajo la violencia colectiva infligida por grupos más grandes como el Estado, contingentes políticos organizados y grupos terroristas.

Concientes de las limitaciones que enfrentamos trataremos entonces de “exprimir” las herramientas disponibles —Certificados e Informes Estadísticos de Defunción— para dar un pequeñísimo paso sobre el asunto en cuestión. Para los fines de este trabajo adoptaremos la definición de la CIE X, aunque parezca contradictorio después de lo expuesto. Si bien consideramos que las violencias son mucho más que causas externas, la información contenida en los Certificados e Informes Estadísticos de Defunción no permite un abordaje acorde con una concepción más amplia. No obstante, resaltamos que estos documentos son igualmente fuente útil para la producción de información que de cuenta de la magnitud del problema; discutiremos más adelante la necesidad de complementación y producción de información a partir de otros tipos de estudios (de morbilidad, de las representaciones y percepción de la población sobre las violencias, etc.).

Cabe aclarar que en adelante nos referiremos a las violencias (en plural) pues entendemos a las violencias como un fenómeno complejo, de múltiples dimensiones, que trata de una realidad plural. En la sección de resultados de este trabajo nos referiremos siempre a las violencias y los tipos de violencias a partir de la definición de la CIE X. En el marco teórico y en la discusión, utilizaremos el término generalmente en plural atendiendo a nuestra concepción, sin embargo, comprendemos que este es un término que se presta a cierta ambigüedad pues tiene diferentes connotaciones según la concepción desde la cual se lo mencione. Así, podremos utilizar el término en singular o referirnos a él como causa externa o incluso como comportamientos

agresivos o agresiones a fin de respetar el sentido que tuvo en las distintas épocas o el que le dan los diferentes autores.

4. MARCO TEÓRICO

En esta sección presentamos el estado del arte respecto a las violencias y su consideración dentro del sector salud. En primer lugar, sintetizamos aspectos de la incorporación de las violencias como problema de salud por parte del sector; incorporación que ocurre de manera explícita desde principios de los años 90. Posteriormente, hacemos un resumen de la constitución de las violencias como objeto de estudio en el contexto de la modernidad. Por último, presentamos las teorías acerca de las violencias que fueron desarrolladas en y desde el contexto de la modernidad hasta la actualidad.

Aclaremos que nos referimos al sector salud como al conjunto de organizaciones y sus actores, que representan formas institucionalizadas de saberes y prácticas de atención relacionados con la salud. Por otro lado, para los fines de la descripción de los ítems de esta sección, consideraremos que en la epidemiología existen dos grandes líneas conceptuales, una apoyada fuertemente en una biomedicina tradicionalmente biologicista y otra, de orientación *social*, que intenta superar el biologicismo para explicar los fenómenos del Proceso Salud Enfermedad Atención. Entendemos, por supuesto, que ésta es una manera simplificada de presentar el tema, así pretendemos que el texto a continuación funcione solamente como un resumen del estado del arte.

4.1 Las violencias y el sector salud

Las violencias empiezan a ser asumidas por los organismos oficiales como un problema de salud muy recientemente en la década de los 90 (Alleyne, 1999; Minayo, 2004). Puede detectarse cierta resistencia a la inclusión de las violencias en la agenda sanitaria, resistencia atribuible a diversas razones. Por una parte, a que las violencias fueron inicialmente exclusivas de otros sectores como el policial, militar y judicial (Minayo, 2005).

Pero también pueden encontrarse razones propias del sector salud, cuya racionalidad fuertemente biologicista tiende a reducir toda cuestión humana a lo biológico. Así, en lo que respecta a los problemas relacionados con la violencia, tradicionalmente salud ha enfocado su actividad hacia la atención en sus servicios de emergencia y rehabilitación —además de considerar los aspectos médico-legales y las fuentes de información— (Minayo, 1994).

Fue necesario que los indicadores de salud se incrementaran en forma alarmante, para que las violencias fueran reconocidas como un problema de salud por las instituciones oficiales. Hace ya más de 20 años que se registró por primera vez un incremento de las muertes y traumatismos por causas externas de tipo intencional en varios países de la región de las Américas, y que se observó que la mortalidad por estas causas comenzó a contribuir de manera más importante a la mortalidad general y a los años de vida potencialmente perdidos —a la vez que la contribución de otras causas disminuyó, al menos en las zonas urbanas—. Los servicios de salud tanto los de urgencia como los de atención especializada en rehabilitación física, psicológica y de asistencia social, experimentaron entonces una creciente demanda inducida por el incremento en la ocurrencia de hechos violentos (Alleyne, 1999; Minayo, 2004).

Como respuesta a los cambios en los perfiles de morbimortalidad en la mayoría de las regiones latinoamericanas, en 1993 el Consejo Directivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió la resolución XIX y solicitó a la Oficina Sanitaria Panamericana que colaborara en la

formulación y ejecución de un Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud (Alleyne, 1999). En ese mismo año, la Organización Panamericana de la Salud pasó a recomendar, insistentemente, a los países miembros que incluyeran el tema en la agenda de intervención (Minayo, 2004). Desde ese momento, el sector salud no aleja su atención del problema. En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WH49.25, en la cual se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo (OPS/OMS, 2003).

Dada la gravedad de la situación en muchos otros lugares del mundo y no sólo en la región de las Américas, la OMS le dedica prioridad en la Asamblea Mundial de la Salud en 1997 (Minayo, 2004). En el 2000 se crea la Coalición Interamericana para la prevención de la violencia (OPS, 2003), y en 2002, la OMS publica el *World report on Violence and Health*, en el cual se presenta una reflexión acerca de la responsabilidad específica del sector salud sobre el asunto. En este informe se indica que él mismo “*constituye una parte importante de la respuesta que da la OMS a la Resolución WHA49.25*” (WHO, 2002a). La traducción al castellano de este reporte se editó en el año 2003 con el título “Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud”.

Ahora bien, las violencias están lejos de ser hechos históricamente recientes. No se conoce en la historia de la humanidad la existencia de sociedades sin violencias (Minayo, 2004). Como afirma Menéndez y Di Prado (1998):

“la mayoría de los actos de violencia no son nuevos, lo que es nuevo es que se los considere violencias. Antes recibían otras denominaciones o eran incluidos dentro de otras categorías sociales colectivas. Eso no implica que fueran más o menos violentos, sino que no eran considerados como tales.” (pp. 40).

Por el contrario, lo históricamente reciente es la constitución de las violencias como objeto de estudio en el campo de la salud —aunque, como es bien sabido, Joxe Sorel (1847-1922) y Emile Durkheim (1858-1917) habían marcado un hito en la definición de las violencias como objeto de estudio de la sociología—.

4.2 Las violencias y el contexto de la modernidad

La violencia se constituyó en objeto de estudio durante la modernidad, pues la violencia aparece como un problema cuando el Estado se constituye en garante de la organización social de la vida humana (Spinelli, 1998; Casto-Gómez, 2005).

Para la lógica moderna

“ya no es Dios con su voluntad inescrutable quien decide sobre los acontecimientos de la vida individual y social sino que es el hombre mismo quien, sirviéndose de la razón, es capaz de descifrar las leyes inherentes a la naturaleza para colocarlas a su servicio” (Castro-Gómez, 2005) (pp.2).

Adquiere fuerza entonces la razón científico-técnica, que tiene el poder de descubrir los secretos de la naturaleza, entre los que se incluían los secretos del comportamiento humano, y dentro de éstos, los comportamientos agresivos.

Inmersa dialécticamente en las pensamientos de la modernidad, la Racionalidad Médico Científica (RMC)⁹ encontró centralidad en ideas como: la búsqueda de una teoría de la enfermedad, el intento de control de la naturaleza y del cuerpo humano, la concepción¹⁰ del cuerpo como máquina, la reducción del enfermo a un objeto científico —desconociendo la subjetividad y la constitución del hombre como sujeto social— (Spinelli, 1998).

Con los avances de la biología y con el *descubrimiento* de los microorganismos causantes de enfermedad, el pensamiento de la RMC se vio fuertemente legitimado, favoreciendo la hegemonía de su modo interpretativo y desplazando —aunque no total ni definitivamente— otros modos que reconocían aspectos de lo colectivo-social en el desarrollo de los fenómenos de enfermedad, tal como habían sido planteados por el moviendo de la medicina social que quedó truncado a mediados del siglo XIX (Almeida-Filho, 1992).

De esta forma, a partir del desarrollo de la biología y de la medicina, se desencadenó un sustancial crecimiento del prestigio, dominación y jurisdicción de la medicina organicista en detrimento de toda concepción ligada a las ideas de la medicina social (Conrad, 1982; Almeida-Filho, 1992). Los comportamientos humanos relacionados con la enfermedad serán explicados desde entonces por la medicina hegemónica desde una postura biologicista, ahistórica, asocial e individualista, desde una concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia, entre otras características con las que Menéndez (1990) define al Modelo Médico Hegemónico.

Es dentro de este marco que la medicina, en su función de control social¹¹, comienza a ampliar su objeto de estudio. La violencia, que aparece contraria al proyecto de modernidad, entra entonces en el proceso de medicalización. Así, surgen nuevas estructuras discursivas que intentan explicar las conductas de las personas que “se desvían”. Estos discursos expresan “en” y “desde” la RMC, propuestas correctivas para las conductas que, alejadas de “la norma”, se oponen al orden y al progreso (Spinelli 1998).

En la sociedad industrializada aparece la necesidad de “ajustar” la vida de los hombres al aparato de producción. Las políticas y las instituciones estatales (la escuela, las constituciones, el derecho, los hospitales, las cárceles, etc.) vendrán definidas por la necesidad de disciplinar las pasiones y orientarlas hacia el beneficio de la colectividad a través del trabajo (Castro-Gómez, 2005). Cualquier conducta o hecho que atente contra el proyecto de modernización será vista como anormal. Una muestra de esto es la afirmación de Parsons —citado por Conrad (1982)— según la cual *“la enfermedad y la criminalidad son formas de designar el comportamiento anormal. Ambas, enfermedad y criminalidad, constituyen la violación de normas —sociales y médicas— y pueden romper la vida social.”*

⁹ El concepto de Racionalidad Médico Científica (RMC) es entendido como “una forma particular de racionalidad que no incluye otras racionalidades médicas como la homeopatía, la medicina tradicional china o la ayurvédica” (Spinelli, 1998). La Racionalidad Médica es definida como un sistema lógico y teóricamente estructurado, sustentado por una cosmovisión; cosmovisión, reconocida como la matriz epistemológica dada por la razón moderna, que permite adjetivar a la Racionalidad Médica como “Científica”. La RMC está centrada en la modernidad como espacio histórico y en la razón cartesiana como su principal instrumento.

¹⁰ Utilizamos la palabra *concepción* o *concepciones* para referirnos a la “*manera de concebir o formular una idea original; una noción, idea, modo de ver o ponto de vista, opinión*” (sean éstas individuales o colectivas) (Aurelio versión 3.0 siglo XXI).

¹¹ El concepto sociológico de control social desarrollado por Edward Ross en 1901 fue empleado para describir procesos por los cuales las sociedades se autorregulan. Las formas sociales de control están institucionalizadas, constituyen leyes o regulaciones pero también operan implícita o explícitamente en forma de valores morales o prácticas (Conrad, 1981). Fue con Talcott Parsons en 1951 que el concepto de control social comenzó a usarse en un sentido estrecho para hacer referencia al control de los comportamientos “anormales o desviados” (Conrad, 1981) acercándolo así al campo de la medicina.

Asimismo, Parsons sostiene que para estas dos categorías —enfermedad y criminalidad—, las atribuciones de causa son, en su origen, distintas: “la anormalidad, cuando aparece como *intencionada*, tiende a ser identificada como delito y cuando aparece como *no intencionada* tiende a ser definida como enfermedad.”

Sin embargo, con la legitimación de la medicina moderna, es cada vez mayor el grado de comportamiento anormal que entra en la esfera de la medicina. El concepto de anormalidad va cambiando y gran parte de lo que antes se consideraba maldad o criminalidad, comienza a ser considerado como enfermedad. La delincuencia entra así finalmente dentro del campo de la jurisdicción médica. Cabe destacar que algunas formas de comportamiento se medicalizaron de modo más completo que otras. Es lo que ocurre, por ejemplo, con la enfermedad mental, las violencias -específicamente la delincuencia y el suicidio- y una gran variedad de comportamientos como el alcoholismo y la adicción a las drogas (Conrad, 1982).

4.3 Teorías sobre las violencias

“Você pode não encontrar a palavra violência, mas também não vai encontrar nenhuma comunidade em que não tenha algum tipo de violência. Agora é claro que a violência é histórica e situada”.

María Cécilia de Souza Minayo

¿Está difundida la idea de que la violencia es “histórica y situada”? ¿Cómo entendemos la violencia hoy? ¿Cómo la han entendido y entienden las ciencias y cómo es entendida por el colectivo social? ¿Pensamos en la agresión como algo natural del ser humano o entendemos la violencia como una cuestión social donde se cruzan distintos contextos políticos, económicos y socioculturales? Sin afán por encontrar las respuestas a estas preguntas, las utilizamos como guía para presentar las teorías sobre las violencias que han surgido en y desde contexto de la modernidad hasta la actualidad.

Las teorías sobre violencias, delitos y criminalidad tienen auge a mediados del siglo XX, y surgen principalmente en los países centrales para luego difundirse a los periféricos (Menéndez y Di Prado, 1998).

Según Menéndez y Di Prado (1998), la persistencia de la violencia y la emergencia de determinados tipos de violencia condujeron en los 50 y 60 al desarrollo de investigaciones y teorizaciones sobre las violencias. Las más importantes elaboradas hasta mitad del siglo XX pueden agruparse en dos grandes orientaciones:

- En un primer grupo de teorías podemos reunir a las investigaciones etológicas, antropológicas físicas y biológicas y genéticas sobre la historia natural de la agresión, la mayoría de las cuales encontraba en determinadas condiciones biológicas las causales básicas de la violencia, así como a aquellas teorías que explicaban los procesos sociales exclusivamente a partir de la conducta individual producida por factores psicológicos.
- En el otro extremo, agrupamos a aquellas que colocaban en la dimensión económica y política, en los valores culturales y/o de la organización de la

sociedad y de los lazos entre individuos la causal estructural de todo tipo de violencia. Podemos incluir aquí también a los estudios sobre “desviación social” que referían las causales a toda una variedad de procesos y factores, que iban desde explicar la violencia por la discrepancia entre objetivos y medios hasta considerarla como un producto del etiquetamiento social.

El primer conjunto de teorías reúne a las de índole determinista-biológico, que reducen toda explicación sobre el comportamiento humano a cualidades o características innatas, y descartan cualquier explicación de orden psicológico y social. Desde estas concepciones, los comportamientos violentos son consecuencia de la presencia de uno o varios genes característicos del grupo al que pertenece el individuo violento y de deficiencias en el funcionamiento del sistema nervioso. En la época moderna, como afirma Gould (1997), los signos de criminalidad innata ya no se buscan en notorios estigmas anatómicos —como lo habían hecho Lombroso y sus seguidores a fines del siglo XIX—, sino en criterios propios del siglo XX, en los genes y en delicadas estructuras cerebrales.

A mediados de la década de 1960 empezaron a publicarse artículos donde se establecía una relación entre una anomalía cromosómica de los varones (denominada XYY) y la conducta violenta y criminal. Años después, una vez que el carácter mítico de la historia de la constitución cromosómica quedó en evidencia, aparecen artículos en los que se atribuye la conducta criminal al mal funcionamiento de áreas específicas del cerebro (Gould, 1997).

Autores como H. Nielburg, J. Lawrence y W. Thorpe, según Minayo y Ramos de Souza. (1998), desarrollaron teorías fundamentadas en la idea de que la agresividad es una cualidad innata de la naturaleza humana. Sin tomar en cuenta que existe una matriz cultural resultante de procesos histórico-sociales presente en la construcción de la subjetividad.

Otras teorías igualmente reduccionistas explicaban la conducta humana sólo a partir de aspectos psicológicos de los sujetos; así tendían a reducir los procesos sociales a la conducta individual producida por factores psicológicos.

Uno de los exponentes de estas teorías es el sociólogo inglés Colin Wilson, según el cual *“el bajo nivel de conciencia, de libertad y de responsabilidad acarrear un sentimiento de insatisfacción permanente que se expresa en confrontación y alienación, en conductas pervertidas y violentas”* (Minayo y Ramos de Souza, 1998). E. Morin y A. Mitscherlich son otros de los autores que se ubican en esta línea del reduccionismo.

Entre las primeras publicaciones sobre delincuencia y enfermedad que aparecen en el campo de la salud, y entre las que se encontraban informes de la OMS, se resaltaba la importancia de dar atención psiquiátrica a los delincuentes (Spinelli, 1998). Algunos autores, sin embargo, no encontraban relación entre delincuencia y deficiencias mentales, pues observaban que la frecuencia de delitos en un grupo de la población normal y en un grupo de psicópatas era similar. Ellos relacionaban la delincuencia con otras cuestiones que respondían asimismo a características de índole individual, como el cuidado materno y la relación castigo-tratamiento.

Las ideas de este primer grupo, con fuerte prevalecencia de las de índole determinista-biológico, se constituyeron en hegemónicas en el campo de la salud; aún cuando existieron

intentos de incluir la dimensión social y desplazar el eje de lo biológico-individual en las explicaciones de los fenómenos de salud.

Por otro lado, el segundo conjunto de teorías comprende una amplia cantidad de concepciones de índole principalmente sociológica. Estas concepciones desplazan el eje biologicista y centran sus explicaciones en las dimensiones de lo social. Para la descripción de este conjunto seguiremos principalmente la reconstrucción que hace Kessler (2004).

Las corrientes de este grupo surgen en los años 30 en Estados Unidos, con la escuela de Chicago como uno de los referentes más importantes. En un inicio, dos ejes atravesaban estas teorías: la idea de un *sistema de valores* que era adquirido por los individuos en sus contextos sociales y que favorecerían la acción delictiva y la idea de la *desorganización social* ligada al crecimiento urbano y a la inmigración. El supuesto central de estas teorías era que, la convivencia en determinados barrios de nuevos inmigrantes con viejos pobladores —grupos que poseían valores diferentes entre sí— provocaría a las nuevas generaciones un conflicto cultural. El delito sería la forma de lograr la integración, respeto y medios económicos para aquellas personas que vivían en lo que se consideraba un barrio desorganizado.

Después del eclipsamiento de la Escuela de Chicago, se difunden en Estados Unidos, en los años 50 y perduran hasta nuestros días, las llamadas *teorías del control social*, que plantean que “*si un individuo delinque es porque se han debilitado o disuelto los lazos que lo unen a los otros miembros de la sociedad, por intermedio de la familia, la escuela y el ambiente profesional*” (Kessler, 2004). El máximo representante de esta teoría es Hirschi, quien en principio estudiaba el rol de la familia, la escuela, los grupos de pares y el barrio, pero en un libro publicado en los 90 se centró mayormente en conductas originadas por un bajo autocontrol, alta impulsividad en la acción y cierta insensibilidad sobre los daños causados a otros, entre otras características de los sujetos con tendencias delictivas. Hirschi ubicó las tendencias delictivas en cuestiones relativas a la socialización y propuso mayor control parental y sanción de comportamientos problemáticos para evitar que personas con esas características se convirtieran en delincuentes. Este autor aludió también, aunque con menor fuerza, a políticas preventivas que deberían tender a corregir el déficit de socialización.

Las teorías del control social fueron desplazadas por la *teoría de la tensión*, cuyo mayor representante es Robert Merton. La teoría de la tensión sostiene la existencia de fuerzas contradictorias que crean conflictos entre los individuos de la sociedad; una forma de resolución de esos conflictos es la delincuencia. La teoría de Merton se resume en la idea de la existencia de un conflicto surgido entre la estructura social y los valores culturales, es decir, entre los objetivos considerados legítimos por una sociedad y los medios para alcanzarlos; una de las formas de respuesta frente a la anomia es el recurso a medios ilegítimos para alcanzar objetivos culturalmente legitimados. Las fuentes que se consideran provocadoras de tensión han sido clásicamente tres: la situación social (pobreza), el género (masculinidad) y la edad (adolescentes y adultos jóvenes) (Kessler, 2004).

Cloward y Ohlin realizaron una integración entre las teorías culturalistas y las de la tensión para explicar el delito juvenil. Según ellos, la tensión estaría presente en jóvenes de sectores populares que no pueden alcanzar los objetivos definidos socialmente y encuentran en las *bandas*

de delincuencia el sostén para romper con los valores tradicionales; a su vez, los grupos tienen el poder de apropiarse, en el interior de ciertos barrios, de tipos de actividades económicas ilegales que les aseguran el control territorial y ventajas económicas.

Tras la hegemonía de la teoría de la tensión en la sociología del crimen por varias décadas, cobró importancia la *teoría del etiquetamiento*. Becker es el autor clave de esta idea que reinstauró la consideración del plano político, ausente en las teorías hasta aquí presentadas. Becker pone de relieve que ciertos individuos y grupos tienen el poder de imponer sobre otros sus normas, definiendo qué será considerado desviación. Que un comportamiento violento sea etiquetado como desviado es consecuencia —según este planteo— de que un sujeto se aparte de las normas tales como hayan sido impuestas por el grupo social al que pertenece este sujeto.

A pesar de las críticas que les fueron hechas a este conjunto de teorías, Kessler rescata cuestiones positivas que dieron lugar al desarrollo de teorías posteriores. Por ejemplo, las de índole culturalista —que ponían acento en la adquisición de un sistema de valores que favorece las acciones violentas— introdujeron elementos que ayudaron a comprender fenómenos que hasta el momento se habían adjudicado sólo a características individuales. A partir del concepto de sistema de valores, la escuela de Chicago introdujo la cuestión de los espacios sociales urbanos, basándose en la idea de grupos con valores culturales diferentes conviviendo en un mismo espacio: los barrios. Las ideas de la escuela de Chicago fueron, a su vez, criticadas por las implicancias estigmatizantes para los habitantes de ciertas zonas, así como por el juicio moral en contra de la vida en las ciudades.

La teoría de Merton ha sido objeto también de numerosas críticas, entre ellas, la de menospreciar la existencia de otros objetivos más allá que los económicos y la de ser incapaz de explicar por qué unos pocos individuos bajo tensión se dedican al crimen. Aún de acuerdo con la necesidad de complejizar la teoría, Kessler rescata que ésta es útil para explicar ciertos casos donde se experimenta de manera subjetiva esa tensión entre objetivos y medios legítimos.

Finalmente, el principal cuestionamiento hecho a la teoría del etiquetamiento se basó en la consideración de que un proceso de ese tipo no siempre tiene un efecto de amplificación de las conductas problemáticas, es decir, que si la persona o grupo social no asume la imagen que se proyecta sobre él, el etiquetamiento no tendrá necesariamente efecto sobre sus acciones.

Los intentos por incluir la dimensión social en las explicaciones de los fenómenos de salud se originaron en muchas de las ideas del segundo grupo de teorías descripto. Así, a pesar de la sostenida hegemonía de la biomedicina en el campo de la salud, algunas vertientes de la epidemiología —a las que nos referiremos como la *epidemiología crítica* o *de lo social*—, han producido teorías inmersas en las concepciones de este segundo grupo.

Según Almeida-Filho (2000), desde las décadas del 60 y 70 se produjo un gran esfuerzo de construcción teórica orientado hacia la búsqueda de modelos explicativos socioculturales de la salud.

Así, por ejemplo, la llamada epidemiología social en su versión funcionalista se estructuró básicamente sobre dos abordajes teóricos estrechamente vinculados con la teoría del estrés y la de la modernización y la salud.

Estos modelos epidemiológicos, ideados por la vertiente crítica, no intentaron explicar específicamente el fenómeno de las violencias, éstas aparecen en ellos como un aspecto del Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA) a la par de los otros problemas de salud.

Según los representantes de la teoría del estrés, los estresantes operan indirectamente (a diferencia de los agentes de enfermedad que ejercen efecto patogénico directo y unívoco) en virtud de su capacidad de actuar en la esfera simbólica. Los estresantes pueden ser de naturaleza individual o colectiva —éstos últimos son o bien de acción aguda, como las guerras y desastres naturales, o crónica como la miseria y las desigualdades sociales—. Los efectos del estrés pueden ser directos y producir cuadros psicopatológicos (ansiedad, depresiones y somatizaciones) y conductas de riesgo, e indirectos entre los que se encuentran la caída de la resistencia inmunitaria, enfermedades infectocontagiosas, cuadros cardiovasculares, disturbios gastrointestinales y, también, los accidentes y suicidios (Almeida-Filho, 2000).

Los amortiguadores del estrés, aquellos que reducirían sus efectos nocivos, se entienden como factores de *soporte social*, así la idea de lazos sociales que mencionamos anteriormente, aparece en la forma de grupos de apoyo y redes sociales que amortiguarían los efectos nocivos del estrés reduciendo la vulnerabilidad de los sujetos.

Las teorías relacionadas con la modernización y la salud se refieren a las consecuencias de los cambios sociales sobre la salud. Según las describe Almeida-Filho (2000) estas teorías proponen que la modernización puede llevar a una situación de incongruencia cultural entre el contexto sujeto a cambios y la nueva situación social, lo que puede provocar una tensión sobre las redes de parentesco y sobre los individuos aisladamente que no siempre puede ser absorbida por los sistemas biológicos y psicológicos.

Vemos en este último párrafo la influencia de las ideas de Merton, las fuentes provocadoras de tensión tienen consecuencias sobre el PSEA (entre las cuales se encuentra la de producir comportamientos agresivos, accidentes o suicidios).

Así éstos y otros modelos propuestos desde las vertientes críticas de la epidemiología asientan sus ideas en las concepciones y teorías surgidas en las ciencias sociales. Pero los modelos hasta ahora elaborados han sido objeto de críticas incluso entre los propios epidemiólogos *de lo social*, y el esfuerzo por construir un modelo integrado continúa hasta nuestros días.

A partir de los años 70 y perdurando hasta nuestros días, domina nuevamente una concepción que sobrepone las características individuales a las cuestiones sociales.

Según Kessler (2004), en el seno de una ofensiva contra las políticas asistenciales de los 60, cuando los criminólogos conservadores evaluaron que la criminología más progresista había fracasado en su diagnóstico y sus soluciones, se origina la idea del delito como decisión racional.

Los críticos conservadores afirmaban que, si como suponían los sectores progresistas, el delito fuera causado fundamentalmente por la pobreza, la marginación y algunos problemas psicológicos, la provisión de buenos trabajos y mayores oportunidades habría sido la solución, sin embargo, aunque esas condiciones estuvieron dadas entre 1965 y 1970, las tasas de delito aumentaron fuertemente en ese periodo (Kessler, 2004). La concepción que predominaba

entonces era la de que el crimen no es causado por la pobreza ni se relaciona con otros problemas sociales, sino que se trata de una decisión individual.

En acuerdo con Kessler, las teorías centradas en la idea del delito como decisión racional individual, fundamentaron y fundamentan las políticas de represión y pena individual, pues suponen que la aplicación de políticas represivas con penas severas pueden disuadir a los delincuentes de su comportamiento. Estas ideas que liberan de responsabilidad a la sociedad y al Estado instauran una explicación comportamentalista que desecha todas las variables estructurales como explicativas de las violencias.

En los años 80, con el auge de las concepciones recién descritas, James Q. Wilson y otros autores, plantean el debate sobre la infraclase (*underclass*). Este concepto discriminatorio de infraclase —acuñado por Gunnar Myrdal— no era entendido exactamente como un sinónimo de pobreza, sino que este se refiere más bien a grupos cuya vida (trabajo productivo, familia y comunidad) es *corrupta*; la mayoría de los miembros de la infraclase son de bajos ingresos, pero su característica principal es la de las necesidades insatisfechas, desorganización social y valores empobrecidos (Murray, 2000).

“Los estudios sobre la infraclase se centraron en la población afroamericana pobre de los grandes centros urbanos de Estados Unidos que estaban siendo afectados por la pérdida de empleo debida a la reestructuración industrial” (Kessler, 2004). Así, el uso de este concepto fue criticado fuertemente por otros pensadores por su connotación discriminatoria.

Una de las críticas más fuertes es la realizada por Loïc Wacquant y citada en (Campos, 2003). Según Campos, *“para Wacquant esta teoría no constituye sino la actualización de un darwinismo obsoleto, reduccionista y psicologista”*. Kessler, sin embargo, rescata cuestiones positivas acerca de las investigaciones apoyadas en dicho concepto; él destaca que Wilson y otros pensadores fueron, a partir del mismo, *“construyendo una teoría que intentó explicar la relación entre crimen y desigualdad”* y que, *“este tipo de trabajo ha contribuido a situar en la escena pública la relación entre desempleo y delito.”*

Actualmente, los campos que hacen de la violencia objeto de su estudio desarrollan teorías multifactoriales que combinan cuestiones económicas, sociológicas, psicológicas y biológicas en la explicación de los fenómenos de violencia. Los distintos factores no tienen un valor explicativo total, sino que conforman factores de riesgo que pueden ir adicionándose (Kessler, 2004).

Kessler (2004) distingue dos corrientes dentro de esta lógica multifactorial. La primera, que identifica como más cercana a la psicología, postula la tendencia al comportamiento asocial como resultado de la adición de una serie de factores de riesgo, entre los que menciona: la impulsividad, una menor inteligencia, el poco control parental. La segunda corriente supone una personalidad mutable a lo largo de la vida del sujeto, en la que cada fase de la vida puede estar influida por múltiples factores que refuercen o aplaquen las conductas delictivas.

El paradigma del riesgo, que opera bajo la lógica multifactorial, es dominante en la epidemiología de hoy. Esta lógica guía también muchos de los estudios actuales sobre las violencias, estudios que aparecen mayoritariamente cuando éstas son incorporadas como uno de

los problemas del sector salud y, por lo tanto, son objeto de una mirada especial en el campo de la salud.

Los epidemiólogos críticos señalan que dentro de la lógica multifactorial la dimensión social aparece como un factor externo al PSEA. Aparentemente esta noción derivaría de la concepción biologicista hegemónica en el campo.

Para Castellanos (1995):

“El desarrollo de la Microbiología opacó considerablemente el debate sobre teorías generales de la situación de salud. Predominaron ampliamente las tesis etiológicas, derivadas de las contagionistas del siglo XIX, y por lo tanto heredaron de ellas la aversión a la consideración de las condiciones de vida y de trabajo y a los procesos sociales en general, como explicativos de la situación de salud. Lo social pasó a ser considerado como algo externo al proceso salud / enfermedad, parte del medio ambiente, del escenario en el cual se debaten los agentes de enfermedades y los seres humanos hospederos, como protagonistas de los procesos determinantes de la situación de salud” (pp. 8).

Para Almeida-Filho (2000), la epidemiología tiene en su origen una base eminentemente social. El carácter social se habría asentado en la medicina social del siglo XVIII, cuyo desarrollo quedó truncado a mediados del siglo XIX a partir del auge de la biomedicina, entre otras razones. Posteriormente, con la crisis de la medicina científica en los años 30, el carácter social de la epidemiología habría resurgido, pero el desarrollo de la epidemiología como disciplina —ya para los años 60 convertida en una ciencia de la salud de carácter eminentemente colectivo— habría sido cada vez más atraído por el patrón positivista, reflejándola en el modelo biologicista.

Según este mismo autor, *“el enfoque positivista convencional tiene por objetivo simplificar la realidad en busca de su esencia. Se esquivo de esta manera la complejidad inherente a los sucesos y procesos de la naturaleza, la sociedad y la historia.”* De este proceso de búsqueda de simplificación de la realidad para su estudio, podría haber derivado la idea de que *lo social* funciona como un factor externo al Proceso Salud Enfermedad Atención. Esta idea que explicita Castellanos en 1995, es coincidente, diez años después, con la de Minayo (2005): el sector salud, bajo el monopolio del modelo biomédico, tiende a incorporar lo social como variable ambiental de la producción de las enfermedades.

Las dificultades para construir un modelo integrado tienen que ver entonces con cómo incluir la dimensión social en el estudio de los procesos que afectan la salud.

Como explica Almeida-Filho (2000), *“el término ‘riesgo’ designa una probabilidad de enfermar que se desvía de las probabilidades puramente aleatorias (...). El concepto correlativo de ‘factor de riesgo’, directamente significa ‘productor del riesgo’ pues indica el hecho, fenómeno, atributo o proceso que determina el desvío de la aleatoriedad que condiciona la probabilidad de enfermar.”*

En los estudios epidemiológicos analíticos, se busca la relación entre la presencia de uno o más factores y la enfermedad en estudio; si la ocurrencia de una enfermedad es probabilísticamente mayor ante la presencia del o los factores, éste o éstos serán considerados

“factores de riesgo”. Bajo esta lógica, los elementos, fenómenos y situaciones relacionadas con el PSEA son fragmentados para su análisis.

Para Almeida-Filho (2000), bajo el modelo multicausal asumimos la naturaleza causaloides —y no causalista— de los modelos explicativos, pero matemáticamente sus funciones continúan lineales en esencia, o a lo sumo como funciones lineales expandidas, cuando se admite la posibilidad de intercorrelación. De esta manera, la mayoría de los epidemiólogos opera bajo el paradigma multicausal haciendo una transposición inconsciente del paradigma unicausal.

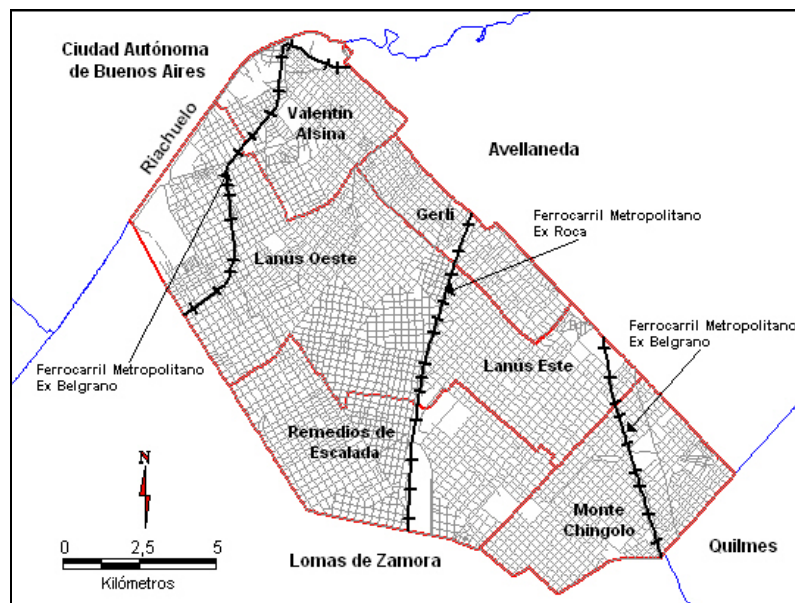
De esta forma, los *elementos o fenómenos* pertenecientes a contextos explicativos, éstos últimos definidos por Franco (1999) como “el conjunto específico de condiciones y situaciones culturales, económicas y político sociales en los cuales se hace posible entender racionalmente la presentación y el desarrollo de un fenómeno”, son analizados, de la misma forma en todos los casos, fragmentadamente considerando su particular desarrollo (variable dependiente) a partir de la presencia de un factor o de la presencia e interacción de múltiples factores (*variables independientes*), y no como un conjunto de *fenómenos o situaciones* que se caracterizan por la confluencia de inseparables procesos cuyas interrelaciones constituyen la estructura de un sistema que funciona como una totalidad organizada, es decir, como un sistema complejo.

5. DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO DE LANÚS

5.1 Descripción sociodemográfica

Lanús es uno de los 9 partidos¹² que componen el primer cordón de la Provincia de Buenos Aires. Limita con los municipios de Avellaneda, Lomas de Zamora y Quilmes y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA); su límite con la CABA está definido por el Riachuelo (Mapa 2).

Mapa 2. Localidades del Municipio de Lanús, 2003.



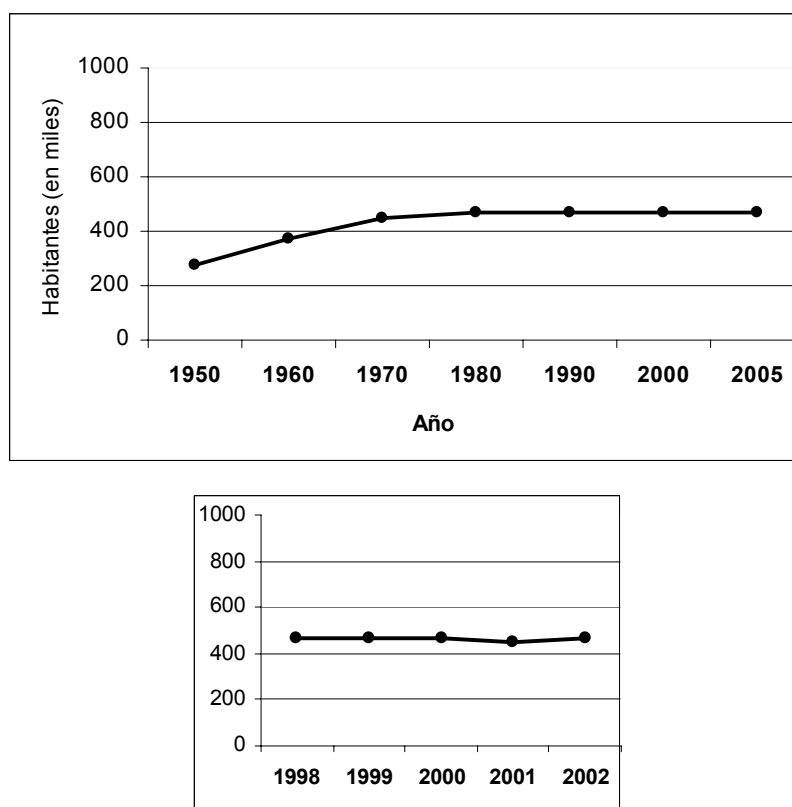
Fuente: Elaboración propia a partir de la información cartográfica escala 1:10.000 de Geodesia Programa Mapinfo Professional 2003.

Lanús cuenta con seis localidades: Gerli, Lanús Este, Lanús Oeste, Monte Chingolo, Remedios de Escalada y Valentín Alsina. El Municipio está dividido prácticamente a la mitad por el Ferrocarril Metropolitano (Ex Roca) en sentido norte-sur (dividiendo el Municipio en Zona Este a la derecha de la vía férrea, y Zona Oeste a la izquierda de la vía férrea), y atravesado en sus dos extremos norte y sur por el Ferrocarril Metropolitano (Ex Belgrano).

La población del Municipio tuvo crecimiento acelerado entre los años 1950 y 1970, estabilizándose para los años posteriores hasta el presente (Gráfico 3). En el último censo se informó una población total de 453.082 habitantes en el Municipio; un 3,3% menor que el número registrado en el censo de 1991 (INDEC, 1991; INDEC, 2001). La disminución de la población de sexo masculino (4,2%) fue superior a la del sexo femenino (3,2%).

¹² Nos referiremos a Lanús generalmente como "Municipio", pero podemos utilizar también los sinónimos "Partido" o "Departamento".

Gráfico 3. Crecimiento poblacional del Municipio de Lanús¹³. 1950-2005. Con ampliación del período 1998-2002.



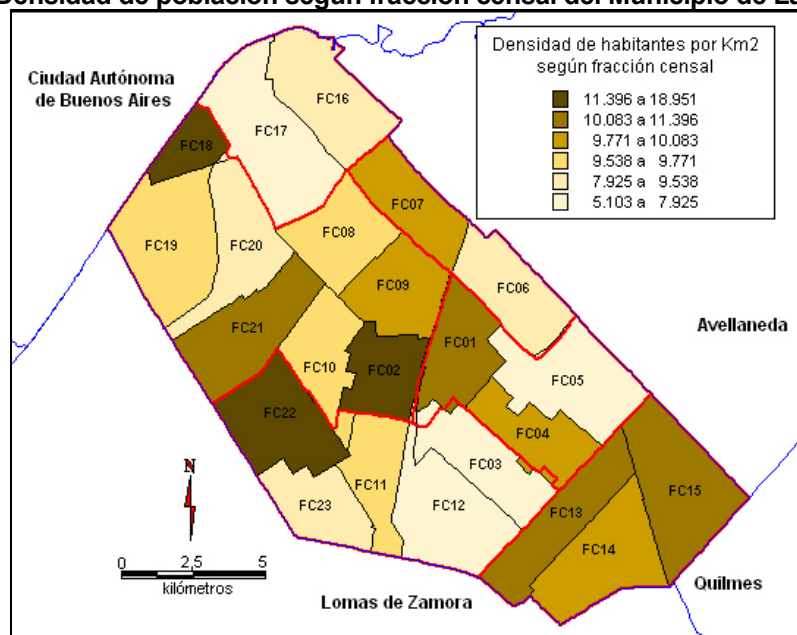
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Censos Nacionales de Población y Vivienda (INDEC, 1991; INDEC, 2001).

Lanús es el municipio con la mayor densidad de población (10.068,5 habitantes por kilómetro²) de todo el Conurbano Bonaerense (INDEC, 2001). Con una superficie de 45 Km², y ocupando sólo el 0,0012% de la superficie de la República Argentina, concentra el 3,3% de la población total del país, el 5,2% de la población de la Provincia de Buenos Aires y el mayor porcentaje de población (16,6%) de los nueve partidos del primer cordón de la Provincia.

Dentro del Municipio las fracciones censales pertenecientes a las localidades Lanús Oeste (FC02 y FC18) y Remedios de Escalada (FC22) presentan la mayor densidad poblacional (Mapa 3).

¹³ El número de habitantes del año 2005 corresponde a la proyección calculada al 30 de junio de dicho año (INDEC, 1996).

Mapa 3. Densidad de población según fracción censal del Municipio de Lanús, 1991.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información cartográfica escala 1:10.000 de Geodesia, Programa Mapinfo Professional 2003 y del Censo Nacional de Población y Vivienda (INDEC, 1991).

Lanús Oeste es la localidad con mayor número de habitantes del Municipio, aunque Monte Chingolo es la que presenta mayor densidad de población (Tabla 3).

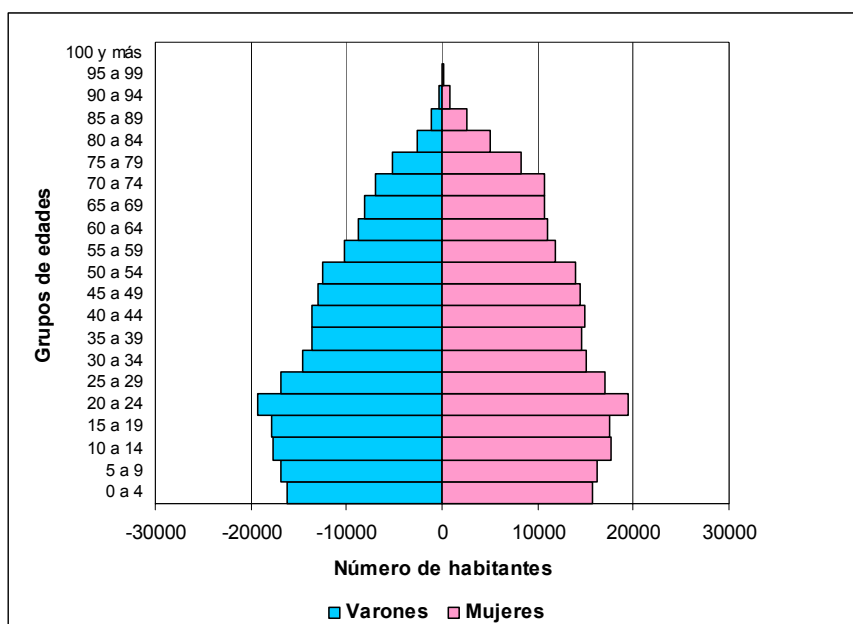
Tabla 3. Distribución porcentual y densidad de la población del Municipio de Lanús según localidad. 1991 y 2001.

Localidad	1991		2001	
	% (n)	Densidad Km ²	% (n)	Densidad Km ²
Gerli	7,3 (35.983)	9.751,5	7,7 (33.250)	8.986,5
Lanús Este	12,2 (55.685)	9.069,2	11,9 (55.199)	8.990,1
Lanús Oeste	34,6 (164.023)	9.691,0	35,0 (156.953)	9.270,7
Monte Chingolo	18,8 (81.461)	10.818,2	17,4 (85.060)	11.296,2
Remedios Escalada de San Martín	18,0 (87.636)	8.807,6	18,7 (81.465)	8.187,4
Valentín Alsina	9,1 (43.773)	7.521,1	9,3 (41.155)	7.095,7
Total del Municipio	100,0 (468.561)	10.412,5	100,0 (453.082)	10.068,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Censos Nacionales de Población y Vivienda (INDEC, 1991; INDEC, 2001).

El Gráfico 4 presenta la pirámide de población en número de habitantes e intervalos de cinco años de edad. La población de Lanús está compuesta por un 52,5% de mujeres. Un mayor porcentaje de mujeres que de hombres se registra también para la gran parte de los intervalos de edades, observándose proporciones aún más altas a partir de los grupos de 55 y más años de edad.

Gráfico 4. Pirámide de población del Municipio de Lanús, 2001.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda (INDEC, 2001).

En cuanto a la estructura etaria de Lanús, la pirámide de población muestra tendencia al envejecimiento. El grupo de 20 a 24 años está representado en forma importante, éste constituye junto con los grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años el 24,1% de la población (109.334 habitantes) (INDEC, 2001).

5.2 Descripción socioeconómica

Lanús se constituye como Municipio desde 1944, anteriormente formaba parte del partido de Avellaneda. Desde sus inicios fue una región económicamente dinámica. En la primera mitad del siglo XIX comenzó un proceso de poblamiento acelerado cuyo principal motor fue el aumento de la demanda externa de cueros y derivados (Grebol *et al.*, 2005). Para 1958, en el siglo XX, Lanús era uno de los primeros centros industriales de la Provincia de Buenos Aires; Los saladeros estaban concentrados geográficamente al sur del Riachuelo.

A mediados de la década del 70 comienza en el país un proceso de desestructuración económica cuyo corolario fue el cierre de industrias y un estado hiper endeudado. Para el año 2001, se registra la peor distribución del ingreso de la historia del país: el decil más alto gana 26,5 veces más que el decil más bajo y cerca del 40% de la población está bajo la línea de pobreza (Grebol *et al.*, 2005).

Datos del Sistema de Evaluación Monitoreo y Programas Sociales (Siempre) muestran que, en el total de aglomerados urbanos y el Gran Buenos Aires, “desde el comienzo de la última recesión a mediados de 1998, la pobreza y la indigencia siguieron un sendero creciente” en el que más de la mitad de la población se sumió en la pobreza y una cuarta parte no pudo cubrir sus necesidades alimentarias básicas. El empobrecimiento y las carencias se agudizaron en las áreas urbanas. Puntualmente, entre el 2001 y 2002, la brecha de pobreza y de indigencia aumentó alrededor del 45%. Sin embargo, “las redes de contención social y la recuperación de la economía comenzaron a revertir este dramático cuadro social”, mejoría que se observa a partir del 2003 (Siempre, 2004).

Marina Gabriela Zunino 27

Según datos del INDEC (2002), en el Primer Cordón de la Provincia de Buenos Aires, la incidencia de la pobreza aumentó en un 30% entre los años 1998 y 2002. El porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza se mantuvo prácticamente estable, oscilando entre un 21,7% y un 26,5% entre Mayo de 1998 y Octubre de 2000; pero aumentó considerablemente, pasando a un 47,8% en Mayo del 2002 y alcanzando un 51,7% en Octubre del mismo año.

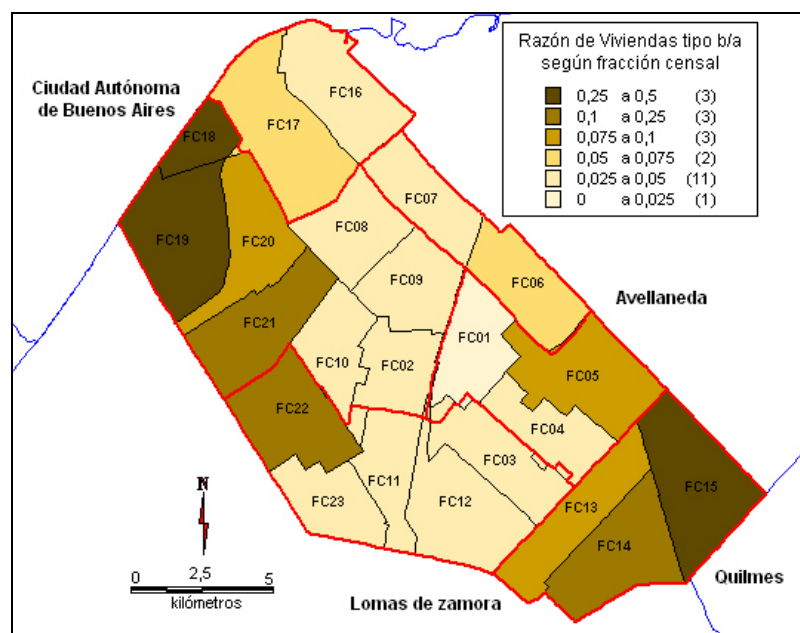
Según el último Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda (INDEC, 2001), el 16,0% de los jefes de hogar económicamente activos de Lanús se encontraban desocupados en el año 2001; porcentaje inferior al total provincial (18,6%).

El Municipio de Lanús se ubicó en el séptimo lugar entre los partidos con menor porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) de la Provincia de Buenos Aires; su valor fue 6 veces menor que el total provincial (17,6%), y el porcentaje de población con NBI disminuyó entre los periodos censales, pasando del 14,5% en 1991 al 11,7% en el 2001 (INDEC, 2001; DIS, 2002).

Si se toma como indicador de la situación socioeconómica a la razón de viviendas tipo b/a¹⁴. En contraste con lo observado para el NBI, la razón de viviendas tipo b/a en el Municipio de Lanús, se incrementó, pasando de 9,4% en 1991 a 15,8% en el 2001 (INDEC, 2001; DIS, 2002).

El Mapa 4 muestra la razón de viviendas tipo b/a según fracción censal en el año 1991¹⁵. La mayor proporción de viviendas tipo b se encontró concentrada en las áreas periféricas del Municipio, correspondientes a las localidades de Lanús Oeste, Remedios de Escalada y Monte Chingolo. El Mapa 5 muestra las villas de emergencia, ubicadas también principalmente en áreas periféricas.

Mapa 4. Razón de viviendas tipo b/a según fracción censal. 1991.

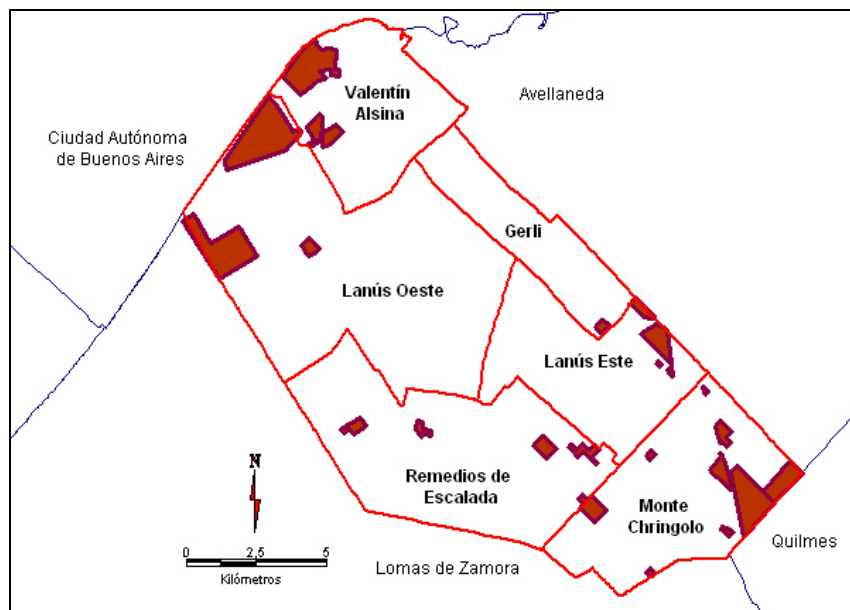


Fuente: Elaboración propia a partir de la información cartográfica escala 1:10.000 de Geodesia Programa Mapinfo Professional 2003 y del Censo Nacional de Población y Vivienda (INDEC, 1991).

¹⁴ El INDEC (2001) define a las viviendas *Tipo a* como: "todas las casas no consideradas tipo B", y a las viviendas *Tipo b* como: "todas las casas que cumplen por lo menos con una de las siguientes condiciones: tienen piso de tierra o ladrillo suelto u otro material (no tienen piso de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombrado) o no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda o no disponen de inodoro con descarga de agua."

¹⁵ El análisis geográfico con los datos del año 2001 no pudo realizarse ya que al momento de llevar a cabo este trabajo no se disponía de los mismos.

Mapa 5. Villas de emergencia. Municipio de Lanús. 2003.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información cartográfica escala 1:10.000 de Geodesia Programa Mapinfo Professional 2003, y del Censo Nacional de Población y Vivienda (INDEC, 1991).

La condición en la que viven los pobladores del Municipio puede ser descripta a partir de la desagregación de algunos indicadores que componen el NBI, como la estructura del sistema sanitario y el índice de hacinamiento. Del total de la población en hogares, el 26,1% posee sistema sanitario óptimo, es decir, inodoro con descarga de agua y desagüe a la red pública (INDEC, 2001). Este porcentaje es siete veces inferior al de la Provincia de Buenos Aires (33,1%).

En relación con el hacinamiento, la situación del Partido fue favorable respecto a la de la Provincia: el 63,3% de la población vive en hogares de menos de 1,5 personas por cuarto; porcentaje ocho veces superior al correspondiente para la Provincia de Buenos Aires (INDEC, 2001).

Finalmente, en relación con la cobertura en educación y en salud de los pobladores de Lanús, se hallaron los siguientes datos: por un lado, el analfabetismo entre los habitantes de 10 años y más fue en el año 2001 de 1,2% (4.846 habitantes), cercano al de la Provincia de Buenos Aires (1,6%) (INDEC, 2001). Por otro lado, el porcentaje de población sin cobertura aumentó entre los períodos censales, el registrado en 1991 fue de 34,2% (DIS, 2002), y en 2001 de 45,6% (INDEC, 2001).

6. METODOLOGÍA

Este trabajo es un estudio descriptivo de la mortalidad por violencias en el Municipio de Lanús en el período comprendido entre los años 1998 y 2002. El análisis de las muertes violentas se centró en las defunciones que ocurrieron en el Municipio independientemente del lugar de residencia de la víctima. Sin embargo, en vista de que suele trabajarse con las defunciones en residentes, presentamos también el análisis de las muertes violentas en residentes del Municipio.

Así, la población en estudio se constituyó, por un lado, con las personas residentes y no residentes de Lanús que entre los años 1998 y 2002 sufrieron una muerte violenta en el Municipio. Utilizamos el término *muertes ocurridas* para referirnos a las defunciones en esta población, y denominamos *razón* al indicador relativo a estas muertes. Por otro lado, se trabajó con las personas residentes en el Municipio que entre 1998 y 2002 sufrieron una muerte violenta. Utilizamos el término *muertes en residentes* para referirnos a esta segunda población en estudio; y, tal como se hace clásicamente, denominamos *tasa* al indicador relativo a estas defunciones.

La descripción de la mortalidad se realizó para cada uno de los años mencionados y para su conjunto en base a la distribución proporcional, las razones y tasas, y la distribución geográfica de las muertes violentas acaecidas en Lanús.

La información fue obtenida a partir de los datos de los Certificados de Defunción (CF) del Registro Civil Municipal y de las bases de datos conteniendo información de los Informes Estadísticos de Defunción (IED), que fueran proporcionadas por la Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. El uso de dos fuentes de datos respondió a la necesidad de complementar la información contenida en ambas fuentes, principalmente con miras a la realización del análisis georreferencial¹⁶.

Las bases de datos confeccionadas a partir de los IED no poseen toda la información contenida en estos documentos ya que los mismos están protegidos por la Ley 17.622/68, que garantiza la confidencialidad de las personas o entidades a quienes se refieran^{17 18}. Estas bases de datos carecen de la dirección de ocurrencia de la muerte violenta así como de otras variables importantes para la caracterización de las violencias. Este hecho constituye una fuerte limitación frente a la posibilidad de analizar información relevante acerca de las violencias.

Cabe aclarar que la Ley de Secreto Estadístico 17.622/68 referida a la confidencialidad de la identidad de las personas que aparecen en las bases de datos analizadas será respetada

¹⁶ Los programas de georreferencia permiten la localización de puntos en forma de coordenadas en un mapa geográfico, para ello se necesita contar con las direcciones de ocurrencia de la defunción y de residencia de las víctimas.

¹⁷ Cuando ocurre una muerte violenta, el médico forense completa los dos documentos, el Certificado de Defunción (CF), que se almacena en el Registro Civil para ser utilizado con fines legales, y el Informe Estadístico de Defunción (IED), que se envía a la Dirección de Estadísticas de Salud jurisdiccional. Con algunos de las variables contenidas en los IED se confecciona una base de datos cuya información es utilizada para la confección de las estadísticas vitales.

¹⁸ La Ley 17.622/68 establece la garantía del "secreto estadístico" para la información producida por los organismos pertenecientes al Sistema Estadístico Nacional de tal manera que los datos que se producen sólo se utilizarán con fines estadísticos y no podrán darse a terceros ni permitir la individualización del informante. Dicha ley establece en su artículo 10 que: "*las informaciones que se suministren a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la presente ley serán estrictamente secreto y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados exclusivamente en compilaciones de conjunto de modo que no pueda ser violado el secreto comercial o patrimonial ni individualizarse las personas o entidades a quienes se refieran. Quedan exceptuados del sistema estadístico los siguientes datos de registro: nombre y apellido, o razón social, domicilio y rama de actividad*" (INDEC, 2001).

comprometiéndonos a no utilizar ni divulgar ninguna variable que permita su identificación y a almacenarlas con un código de ocultamiento, tal como se realizó en un estudio anterior (Spinelli *et al.*, 2005).

Con el fin de completar la información faltante en los IED, se decidió recopilar y acopiar en soporte magnético los datos de las variables contenidas en los CF, pues fue imposible recuperar la información directamente de los IED ya que estos son incinerados periódicamente. Antes de realizar el análisis de los datos se necesitó integrar la información de ambas fuentes, para lo cual se llevó a cabo un proceso de cruce o “matching” de las dos bases —IED y CF—. El proceso y resultado del cruce de las bases de datos se detalla en el Anexo 4.

De esta forma, las variables utilizadas para caracterizar las muertes violentas provinieron de las dos fuentes mencionadas. De los IED se obtuvieron los datos del *sexo*, la *edad*, *tipo de violencia*, *año de la defunción*, *circunstancia de ocurrencia de la violencia*, *sitio de ocurrencia de la violencia*, *nivel de instrucción* y *mes de ocurrencia de la violencia*. De los CF se extrajo información acerca de la *dirección de ocurrencia de la defunción*, *dirección de residencia*, *ocupación* y *día de la semana de ocurrencia de la violencia*.

A continuación se explicitan algunas consideraciones sobre las variables analizadas en este trabajo. Los Tipos de Muerte Violenta fueron definidos, a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Eventos Relacionados con la Salud – 10ª Revisión (CIE X), como: a) *accidentes*, b) *suicidios*, c) *homicidios* y d) *muertes violentas ignoradas*.

Una de las variables más importantes en la caracterización de las violencias y que no fue transcripta al soporte magnético de los IED es la *circunstancia de ocurrencia de la violencia*. Definimos la circunstancia como el “mecanismo o vector que transfiere la fuerza que provoca la muerte” (WHO, 2004). Algunas de las circunstancias por la que puede producirse una muerte violenta son: accidentes con vehículos automotores y otros accidentes de tránsito, ahogamiento o sumersión, ahorcamiento y sofocación, caídas, envenenamiento, fuego por llamas, objeto o sustancia, herida de arma blanca y disparo con arma de fuego.

Esta variable, que tampoco podía ser recuperada de los CF por no hallarse en este documento, tuvo que ser reconstruida a partir del código de la defunción (CIE X). El proceso de asignación del código de defunción es realizado por un codificador que, en base a la información de diversas variables contenidas en los IED (y que fuera allí *escrita* previamente por el médico forense), asigna un código apropiado según lo indique la CIE X. La asignación del código de defunción, por lo tanto, representa una nominación que resume parte de la información contenida en los IED —entre la que se encuentra la información sobre la circunstancia de ocurrencia de la violencia—.

La reconstrucción de la variable circunstancia se realizó utilizando la Lista de Tabulación para la Mortalidad por Causas Violentas (Ministerio de Salud y Ambiente, 2004), con la incorporación de modificaciones que permitieron conservar la información detallada cuando esto fuera posible. La Tabla 4 muestra la clasificación adoptada para los fines de este estudio (segunda columna de la tabla).

Tabla 4. Tabulación oficial para la mortalidad por causas violentas y adaptación para el estudio de las muertes violentas. Municipio de Lanús. 1998-2002.

Mecanismo según la clasificación oficial (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004)	Mecanismo o Circunstancia de ocurrencia de la violencia adaptada para el análisis	Códigos según Tipo de Muerte Violenta			
		Accidentes	Suicidios	Homicidios	Muertes Violentas Ignoradas
Corte o Perforación	Heridas con arma blanca, corte o perforación	W25-W29; W45	X78	X99	Y28; Y354
Ahogamiento y sumersión	Ahogamiento y sumersión	W65-W74	X71	X92	Y21
Caída	Caída	W00-W19	X80	Y01	Y30
Fuego (llama, objeto o sustancia)	Exposición a fuego (llama, objeto o sustancia)	X00-X19	X76-X77	X97-X98	Y26-Y27; Y363
Arma de fuego	Disparo con arma de fuego	W32-W34	X72-X74	X93-X95	Y22-Y24; Y350
Vehículo de transporte terrestre	Accidente de vehículo de motor, Accidente de tren o vehículo de rieles, Otros accidentes de tránsito	V01-V89	X82	Y03	Y32
Envenenamiento	Envenenamiento (por exposición a gases); Envenenamiento (por intoxicación con sustancias)	X40-X49	X60-X69	X85-X90	Y10-Y19; Y352
Ahorcamiento y sofocación	Ahorcamiento y sofocación	W75-W84	X70	X91	Y20
Otros medios especificados	Electrocución	W87-W87	—	—	—
	Circunstancias no especificadas.	W23; W35-W41; W44;W49; W85-W86; Y85;	X75; X81	X96;Y02; Y05-Y07; Y08;Y871	Y25; Y31; Y33; Y35 [1,5]; Y36 [0,2,4-8]; Y356; Y872; Y890; Y891
No Especificados	Circunstancias no especificadas	X59	X84	Y09	Y34; Y357; Y369; Y899
No Clasificables* Y40-Y59; Y880 Y60-Y84; Y88 [1;3]	No clasificable	—	—	—	—

*Complicaciones de la atención médica y quirúrgica

Fuente: Elaboración propia en base a la Lista de Tabulación para la Mortalidad por Causas Violentas (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004).

Otra variable que tuvo que ser reconstruida a partir del código de la defunción fue el *sitio de ocurrencia de la muerte violenta* (vía pública, vivienda, establecimiento asistencial, otros sitios y sin especificar). Para su reconstrucción se utilizó la información del cuarto dígito del código de defunción, que fuera asignado por el codificador según la CIE X.

Nos referiremos ahora a la variable *ocupación*. El registro informático de esta variable se realizó en forma diferente entre los años 1998 a 2000 y, 2001 y 2002. La base de los IED contiene para el período 1998-2000 tres campos referidos a la ocupación, todos ellos diferentes e incompatibles con la condición de actividad del occiso, éste último incluido a partir del año 2001. Los CF, por el contrario, contienen los datos de la variable ocupación transcritos exactamente tal como el médico forense los completó en el documento; se pudo así construir categorías

equivalentes para los cinco años en estudio. Las categorías de *ocupación* se asignaron en base a la "Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones" (OIT, 1988).

Finalmente, en relación con el *día de la semana de ocurrencia de la violencia* hacemos la siguiente aclaración: la fecha de la defunción no es almacenada en forma completa (se almacena mes y año pero no el día) en el soporte magnético de los IED —en función de los lineamientos establecidos por la Ley del secreto estadístico—, por lo que la fecha completa fue también recuperada de los CF.

Cabe además realizar otra aclaración: la fecha de defunción no siempre coincide con la fecha de ocurrencia del hecho violento, por lo que puede existir un desfase entre los intervalos de tiempo transcurridos desde el momento de ocurrencia del hecho violento y el del fallecimiento. A pesar de ello, el día de la semana de ocurrencia de la violencia fue asignado en base a la fecha de defunción. Al igual que en un estudio previo (Spinelli *et al.*, 2005), consideramos que la duración de dichos intervalos de tiempo es azarosa, y asumimos la existencia de un efecto "compensatorio" dado por la duración variable entre el día de ocurrencia y el de deceso; efecto que permite analizar el conjunto de los días de la semana utilizando la fecha de defunción.

Finalizamos esta sección con las siguientes referencias sobre las razones y tasas de muertes violentas y la georreferencia:

Razones y tasas de muertes violentas

Definimos *razón de muertes violentas* como el cociente entre el número de muertes violentas ocurridas en el Municipio y la cantidad de habitantes (población) del mismo. Consideramos que el lugar de ocurrencia tiene tal relevancia en el caso de las violencias que el denominador adecuado para el cálculo del riesgo de morir corresponde a la población que transita por Lanús habite o no en el Municipio. Como esta información no pudo obtenerse, la *razón* de muertes violentas se calculó utilizando como denominador a la población residente en Lanús.

La *tasa de muertes violentas* se calculó, según la definición habitual, como el cociente entre el número de muertes violentas en residentes del Municipio de Lanús y la cantidad de habitantes del mismo.

Los datos de población del Municipio corresponden, para los años 1998 a 2001, a la proyección de la población estimada al 30 de junio de cada año a partir del censo 1991, que fuera elaborada en forma conjunta con la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) (Ballesteros, 2004). Para el año 2002, fue imposible¹⁹ obtener la población discriminada según sexo, información que hubiera permitido calcular la proyección tal como fuera realizado para los otros años. Para solucionar esta cuestión, la población del 2002 se estimó —por sugerencia de la DEIS— en base a la distribución proporcional por sexo y edad del año 2001, asumiendo que en Lanús la estructura de sexos y edades se mantuvo estable de un año al otro. Los totales para el período 1998-2002 se calcularon como el cociente entre el promedio del número de muertes y el promedio de las poblaciones de los 5 años del período. En el Anexo 5 se presenta la cantidad de población total, y según sexo y grupo etario, utilizada para el cálculo de las razones y tasas

¹⁹ Se efectuaron consultas al respecto a la Dirección de Estadística Provincial, la dirección de Estadísticas del Municipio y al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Georreferencia

El paso previo para la elaboración de los mapas es la geocodificación, este proceso consiste en la localización de los “puntos” en el mapa a partir de la dirección de ocurrencia de la defunción — para la construcción de los mapas de razones de muerte— o de la residencia del occiso —para los mapas de tasas—. La geocodificación se realizó en forma automática y manual. Esta última consiste en la ubicación punto por punto de los datos sobre el mapa, y se utiliza cuando la dirección de los registros no puede adaptarse al formato del software de georreferencia, como en el caso de las muertes ocurridas sobre las vías de ferrocarril. Este proceso permite maximizar el número de datos utilizados en la confección de los mapas. Los criterios adoptados para la geocodificación manual y los resultados del proceso de geocodificación se detallan en los Anexos 6 y 7 respectivamente.

El análisis georreferencial se basó en la distribución geográfica de las muertes violentas según calle o fracción censal²⁰. En este último caso los mapas se presentan con las localidades del Municipio a fin de facilitar su descripción. Los intervalos de clase para presentar las razones y tasas según fracción censal se definieron como sextiles.

Los resultados se presentan en forma de tablas, gráficos y mapas. Los gráficos se confeccionaron con escalas variables; éstas fueron seleccionadas para cada uno de los gráficos con el fin de mejorar su visualización.

Para realizar la carga y procesamiento de los datos se utilizaron los programas Microsoft Excel 2000 y Epidat 3.0. Para el georreferenciamiento se utilizó el programa MAPINFO 7.0®.

²⁰ Fracción censal: es la división territorial de departamento o municipio que contiene entre 3.000 y 5.000 viviendas.

7. RESULTADOS

La descripción del perfil de mortalidad por violencias en el Municipio de Lanús la realizamos para el total y cada uno de los tipos de muerte (homicidios, suicidios, accidentes y muertes violentas ignoradas). Para cada uno de los anteriores se presentan los resultados en base a la distribución proporcional, razones y tasas y georreferencia de las muertes acaecidas en el Municipio de Lanús durante el período 1998-2002.

7.1 Resultados generales

En el Municipio de Lanús, en los años comprendidos entre 1998 y 2002, se registraron en total 1.105 muertes por violencia. De éstas el mayor porcentaje correspondió a las violencias ignoradas (44,8%; n=495), en segundo y tercer lugar se registraron los accidentes (23,1%; n= 255) y homicidios (20,1%; n=222) y, en último lugar, los suicidios (12,0%; n=133).

El número de muertes violentas ignoradas fue siempre superior al número de los otros tipos de muerte (Tabla 5). Destacamos también, a partir de los resultados de la Tabla 5, que el año 2002 presentó la mayor cantidad de muertes por accidente, suicidio y homicidio.

Tabla 5. Distribución porcentual de los Tipos de Muerte Violenta ocurridas en el Municipio de Lanús según Período. 1998-2002.

Tipo de Muerte Violenta	AÑO				
	1998	1999	2000	2001	2002
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Accidentes	25,4 (49)	20,3 (38)	27,7 (53)	20,2 (49)	22,7 (66)
Suicidios	10,4 (20)	8,0 (15)	14,7 (28)	12,3 (30)	13,7 (40)
Homicidios	14,0 (27)	16,6 (31)	19,4 (37)	17,3 (42)	29,2 (85)
Muertes Violentas Ignoradas	50,3 (97)	55,1 (103)	38,2 (73)	50,2 (122)	34,4 (100)
TOTAL	100,0 (193)	100,0 (187)	100,0 (191)	100,0 (243)	100,0 (291)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Para el conjunto de los años en estudio la proporción de muertes fue superior en varones —82,7%, lo que corresponde a 914 defunciones de un total de 1.105 óbitos—. Así, la razón de masculinidad fue 4,8. Esta predominancia de las muertes en varones se observó, para los cinco años de la serie, en todas las causas, pero se encontraron diferencias más amplias en el caso de los homicidios y las muertes violentas ignoradas (Anexo 8, Tabla 8a)²¹.

La mayor cantidad de muertes ocurrió en personas de 15 a 29 años y de 75 y más años de edad (Anexo 8, Tabla 8c).

La Tabla 6 muestra los resultados generales de la circunstancia de ocurrencia de la violencia²². A partir de ella destacamos que el mayor número de muertes se produjo por *disparo con arma de fuego* (41,4%). Resaltamos también el alto número de *circunstancias no*

²¹ En el Anexo 8, se presenta también la distribución porcentual de los tipos de muerte violenta según sexo y período (Tabla 8b).

²² Como se indicó en la sección de metodología, definimos la circunstancia de ocurrencia de la violencia como el “mecanismo o vector que transfiere la fuerza que provoca la muerte” (WHO, 2004).

especificadas, es decir, casos para los que no pudo determinarse la circunstancia. El *resto de las circunstancias* agrupa aquellas halladas en porcentajes menores a 1,2%, entre ellas se encontraron casos de *envenenamiento por exposición a gases* (1,2%; n=13), *ahogamiento y sumersión* (0,9%; n=10) y *envenenamiento por intoxicación con sustancias* (0,6%; n=7).

Tabla 6. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Circunstancia de ocurrencia de la violencia. 1998-2002.

Circunstancia de ocurrencia de la violencia	% (n)
Disparo con arma de fuego	41,4 (458)
Ahorcamiento y sofocación	10,6 (117)
Accidente de vehículo de motor	4,6 (51)
Accidente de tren o vehículo de rieles	4,3 (48)
Herida con arma blanca, corte o perforación	3,0 (33)
Exposición a fuego (llama, objeto o sustancia)	2,1 (23)
Caída	1,9 (21)
Electrocución	1,8 (20)
Resto de las circunstancias	3,6 (40)
Circunstancias no especificadas	26,6 (294)
Total general	100,0 (1105)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004) modificada.

De las 458 muertes ocasionadas por disparo con arma de fuego, en los cinco años, la mayor proporción correspondió a las violencias ignoradas (Tabla 7). Destaca también la cantidad de homicidios producidos por disparo con arma de fuego en el 2002 (47,3; n=70).

Tabla 7. Distribución porcentual de los Tipos de Muerte Violenta ocasionadas por disparo con arma de fuego. Municipio de Lanús. 1998-2002.

Tipo de Muerte Violenta	AÑO					Total período
	1998	1999	2000	2001	2002	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Accidentes	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,7 (1)	0,2 (1)
Suicidios	15,2 (10)	11,4 (8)	12,7 (9)	13,6 (14)	8,8 (13)	11,8 (54)
Homicidios	25,8 (17)	31,4 (22)	39,4 (28)	26,2 (27)	47,3 (70)	35,8 (164)
Muertes Violentas Ignoradas	59,1 (39)	57,1 (40)	47,9 (34)	60,2 (62)	43,2 (64)	52,2 (239)
Total	100,0 (66)	100,0 (70)	100,0 (71)	100,0 (103)	100,0 (148)	100,0 (458)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004) modificada.

En relación con la circunstancia de muerte según edad, de las 152 muertes en personas de 20 a 24 años, el 60,0% (n=85) correspondió a disparos con arma de fuego. De las 121 muertes en mayores de 75 años, el 39,7% (n=48) de las circunstancias no pudo especificarse; el 17,4% (n=25) correspondió a *disparos con armas de fuego*, el 12,4% (n=15) a *caídas*, y el 8,3% (n=10) a *ahorcamiento y sofocación*. De las 48 muertes en menores de 5 años, el 50% (n=24) correspondió a *ahorcamiento y sofocación*, y el 37,5% (n=18) a circunstancias no especificadas.

En relación con la ocupación de los occisos la mayor proporción correspondió a los *jubilados, pensionados o retirados* (15,7%; n=173). Un 13,0% (n=144) eran personas

desocupadas, y un 10,4% (n=115) *oficinistas*. El resto de las ocupaciones se registraron en porcentajes menores al 8,0% y, en doscientos ocho casos (18,8%) no se dispuso de información para esta variable (Anexo 9).

El 54,3% (n=600) de los 1.105 registros carece de datos sobre el nivel de instrucción, por lo que no se presenta el análisis para esta variable (Anexo 10).

Finalmente, la distribución porcentual de las muertes según mes varió entre un 10,3% (n=114) —mes de diciembre— y 5,9% (n=65) —mes de febrero— (Anexo 11, Tabla 11a). La distribución de muertes según día de la semana varió entre un 15,9% (n= 176) para el día domingo y 10,2% (n=113) para el día miércoles ((Anexo 11, Tabla 11b).

La razón de muertes²³ para el período fue de 47,0 por 100.000 habitantes (Tabla 8). Como puede observarse en la Tabla 8 las razones aumentaron en los años 2001 y 2002.

Tabla 8. Razón del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Período (por 100.000 habitantes)²⁴. 1998-2002.

Año	Razón
1998	41,1
1999	39,8
2000	40,6
2001	51,7
2002	61,8
Total período	47,0

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

A partir de los resultados presentados en la Tabla 9 destacamos los valores superiores de las razones de los accidentes, suicidios y particularmente homicidios en el año 2002.

Tabla 9. Razón de los Tipos de Muerte Violenta ocurridas en el Municipio de Lanús según Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Tipo de muerte Violenta	AÑO					
	1998	1999	2000	2001	2002	Total Período
Accidentes	10,4	8,1	11,3	10,4	14,0	10,9
Suicidios	4,3	3,2	6,0	6,4	8,5	5,7
Homicidios	5,7	6,6	7,9	8,9	18,1	9,5
Muertes Violentas Ignoradas	20,6	21,9	15,5	25,9	21,3	21,1

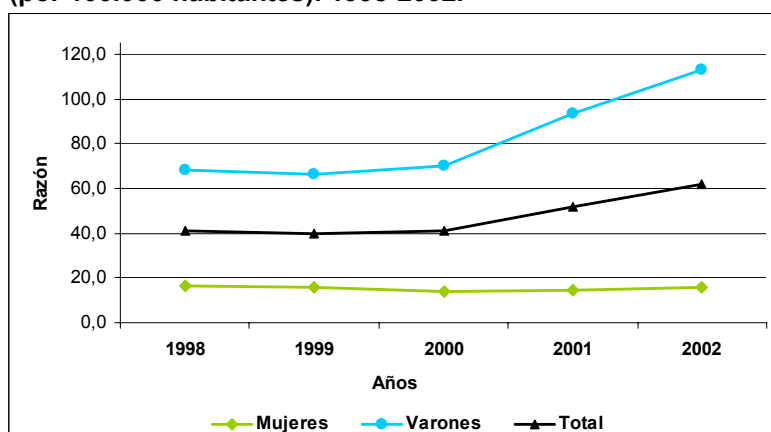
Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

En el Gráfico 5 puede observarse claramente que, en los años 2001 y 2002, el aumento en las razones totales de muerte se debió exclusivamente al peso de las defunciones en varones.

²³ La cantidad de población utilizada para el cálculo de razones y tasas se presentó en el Anexo 5.

²⁴ Con el fin de comparar las razones entre los años se utilizó un método de ajuste, en vista de que los resultados no mostraron diferencias, presentamos únicamente las razones "reales", y no las ajustadas.

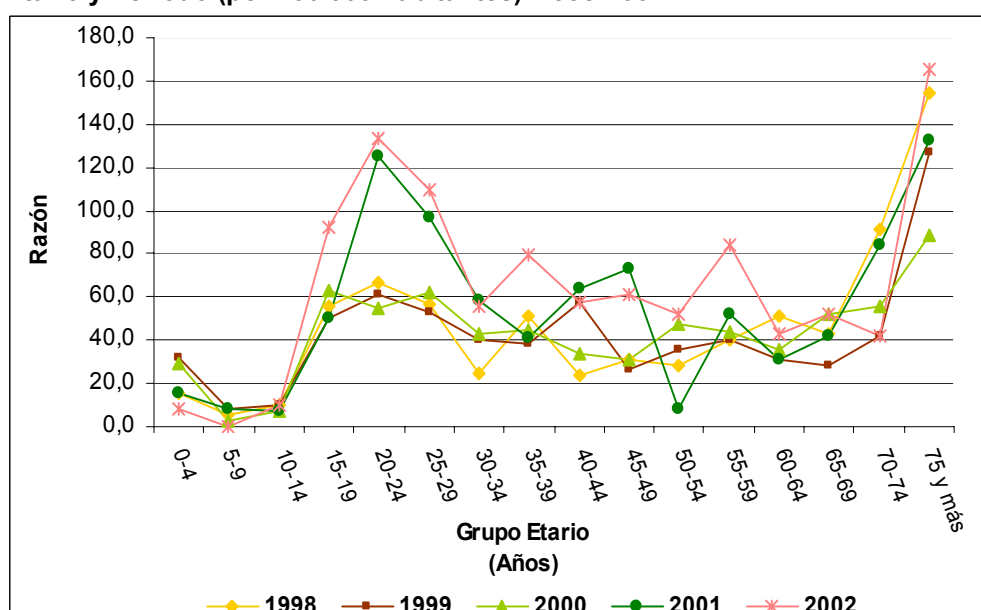
Gráfico 5. Razón del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

El grupo etario que presentó las razones para el total de muertes violentas superiores fue, para el período en estudio, el de 75 y más años de edad (Gráfico 6). Destacamos para el grupo de 20 a 24 años de edad, el aumento importante de la razón en los años 2001 y 2002.

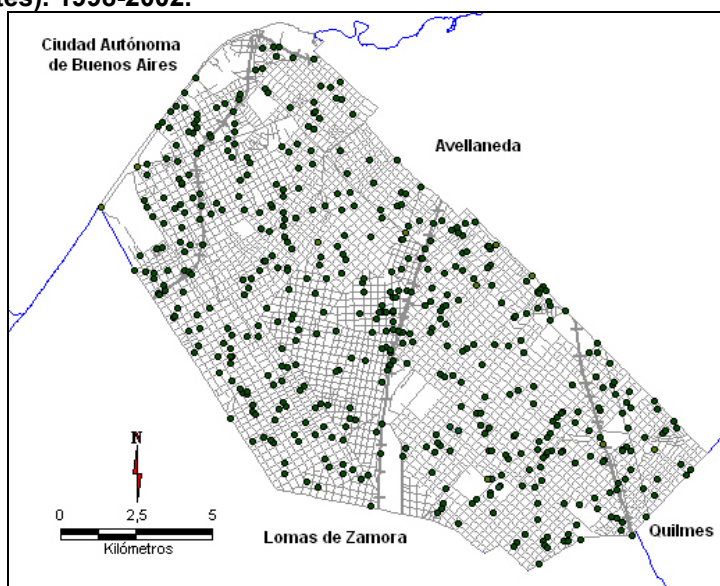
Gráfico 6. Razón del Total Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

El Mapa 6 muestra la distribución de las muertes ocurridas en Lanús para el conjunto de los años en estudio. En el Anexo 12 se presenta la georreferencia de las muertes ocurridas en el Municipio en cada uno de los años del período 1998-2002.

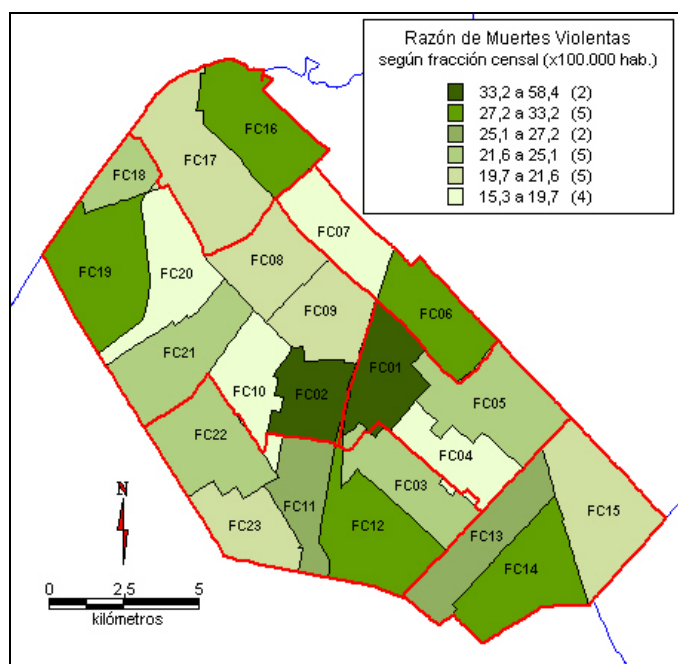
Mapa 6. Georreferencia del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Las fracciones censales de la zona céntrica del Municipio presentaron las razones para el total de las muertes superiores; con valores de 58,3 por 100.000 habitantes (FC02) y 41,5 por 100.000 habitantes (FC01) (Mapa 7).

Mapa 7. Razón del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002²⁵.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

La tasa total para el período indica un riesgo de morir en forma violenta en residente de

²⁵ En la leyenda del mapa, el número entre paréntesis indica la cantidad de fracciones censales incluidas en cada rango de valores de la razón.

Lanús de 50,3 por 100.000 habitantes (Tabla 10). En el Anexo 13 se presenta la tabla con los valores absolutos utilizados para el cálculo de tasas.

Tabla 10. Tasa del Total de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Año	Tasa
1998	50,0
1999	47,2
2000	46,0
2001	51,9
2002	56,3
Total período	50,3

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

La Tabla 11 muestra la tasa de los tipos de violencia según período.

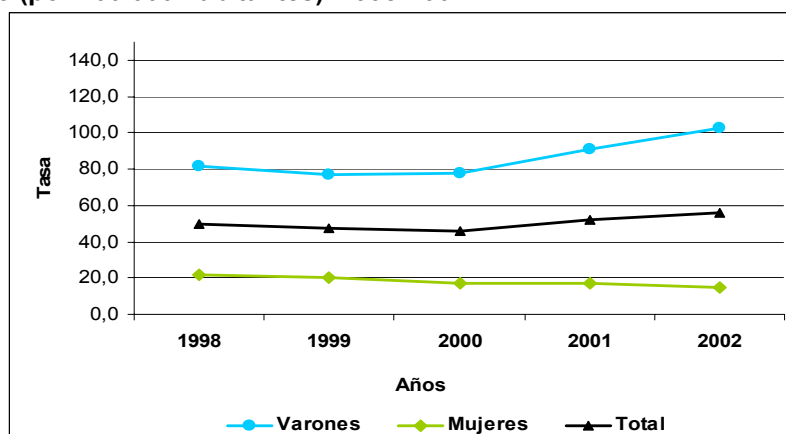
Tabla 11. Tasa de los Tipos de Muerte Violenta en residentes del Municipio de Lanús según Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Tipo de muerte Violenta	AÑO					Total Período
	1998	1999	2000	2001	2002	
Accidentes	16,6	13,8	18,1	12,5	14,9	15,2
Suicidios	4,5	3,2	7,7	6,4	8,1	6,0
Homicidios	4,9	7,9	6,0	11,1	16,2	9,2
Muertes Violentas Ignoradas	24,1	22,3	14,2	21,9	17,2	19,9

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

En el Gráfico 7 destaca el incremento de la tasa de muerte en varones así como su disminución en mujeres en 2001 y 2002.

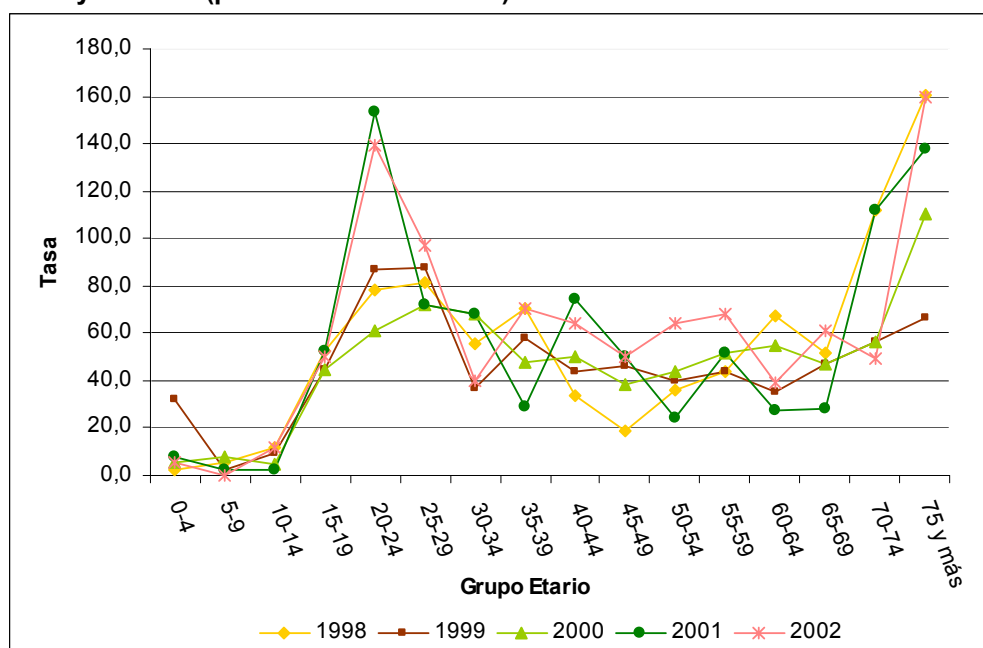
Gráfico 7. Tasa del Total de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

El Gráfico 8 muestra el riesgo de morir por violencias según grupo etario y período.

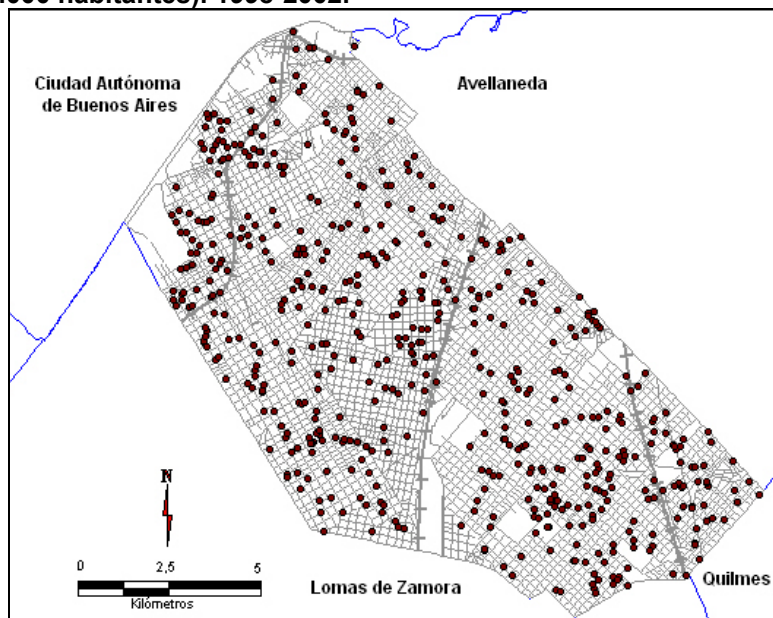
Gráfico 8. Tasa del Total de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

El Mapa 8 muestra la distribución de las muertes en residentes de Lanús para el conjunto de los años en estudio. En el Anexo 14 se presenta la georreferencia de las muertes en cada uno de los años del período 1998-2002.

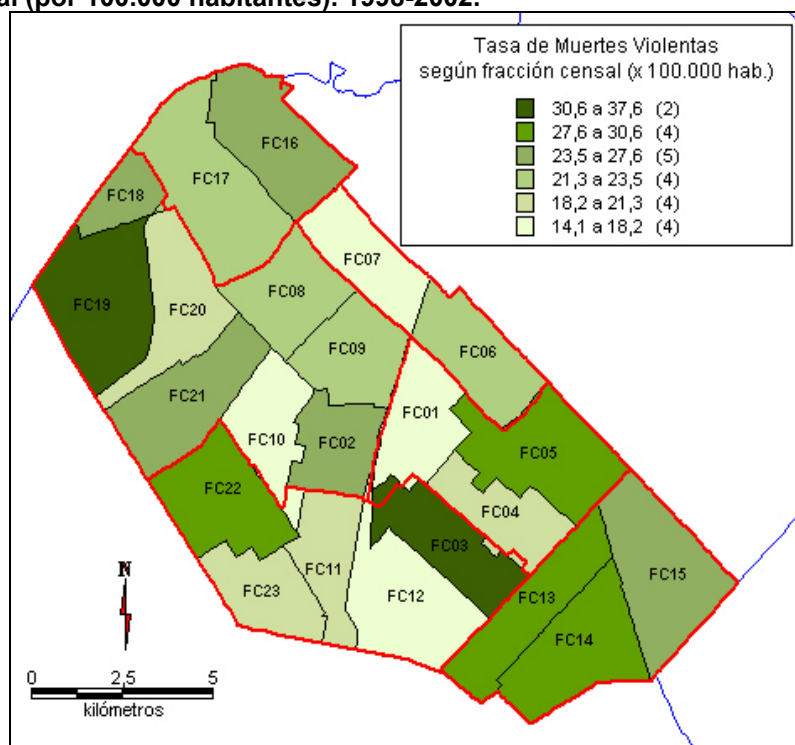
Mapa 8. Georreferencia del Total de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

El Mapa 9 muestra las tasas de muertes violentas según fracción censal.

Mapa 9. Tasa del Total de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

7.2 Muertes por homicidio

Los homicidios representaron el 20,1% (n=222) de las defunciones violentas ocurridas en Lanús en el período 1998-2002. La proporción de homicidios aumentó a lo largo de los cinco años, pasando de 12,2% (n=27) a 18,9% (n=42) entre 1998 y 2001, y alcanzando un 38,3% (n=85) en el 2002.

De los 222 homicidios acaecidos en el Municipio, la mayoría ocurrió en residentes del mismo (59,0%; n=131); un 24,8% (n=55) ocurrió en residentes de Lomas de Zamora y el restante 8,6% (n=19) en residentes de otros partidos de la provincia de Buenos Aires. Solamente para diecisiete casos (7,7%) se desconoce el lugar de residencia.

En relación con el sitio de ocurrencia de la violencia, el 50% (n=111) de las muertes por homicidio ocurrió en la vía pública; mientras que un porcentaje inferior ocurrió en viviendas (11,3%; n=25) y un caso (0,5%) en una institución residencial no especificada. Para el 38,3% (n=85) de los registros se desconoce el sitio de ocurrencia de la violencia.

El número de varones muertos por homicidio fue superior al de mujeres: doscientas defunciones en varones, lo que representó el 90,1% del total de homicidios. Esta amplia diferencia se conservó en todos los años y fue máxima en el 2002, en el que la razón de masculinidad fue 16,0.

Los mayores porcentajes de homicidios se registraron en personas de 15 a 29 años de edad, con la mayor proporción en el grupo de 20 a 24 años con un 19,8% (n=44). Por otro lado, destacamos que no se registraron muertes en menores de 5 años.

La circunstancia en que se produjo la mayor cantidad de homicidios durante los años en estudio fue *disparo de arma de fuego*, este mecanismo de muerte se presentó en un 73,9% de los casos de defunciones por homicidio (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución porcentual de las Muertes por Homicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Circunstancia de ocurrencia de la violencia. 1998-2002.

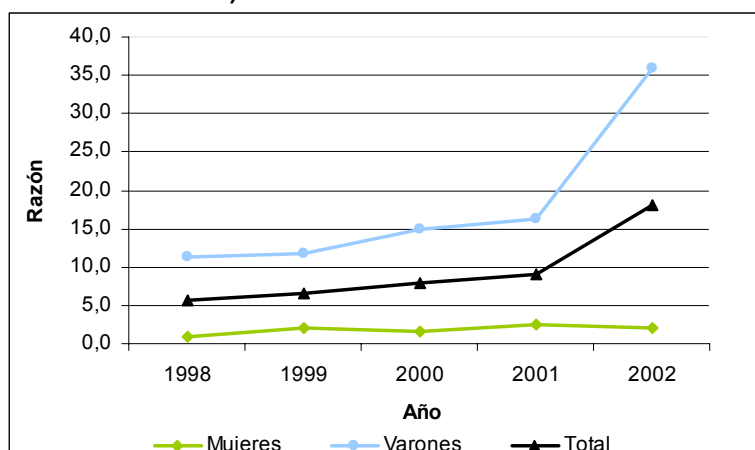
Circunstancia de ocurrencia de la violencia	% (n)
Disparo con arma de fuego	73,9 (164)
Herida con arma blanca, corte o perforación	8,1 (18)
Ahorcamiento y sofocación	0,9 (2)
Circunstancias no especificadas	17,1 (38)
Total general	100,0 (222)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004) modificada.

La razón de muertes por homicidio en el período 1998-2002 fue de 9,5 por 100.000 habitantes. El valor inferior correspondió al año 1998 (5,7 por 100.000 habitantes) y el superior al 2002 (18,1 por 100.000 habitantes) (Tabla 9).

La razón de muertes por esta causa en varones fue de 18,0 por 100.000 habitantes mientras que en mujeres fue de 1,8 por 100.000 habitantes. El Gráfico 9 muestra el marcado incremento de los homicidios en varones en el 2002.

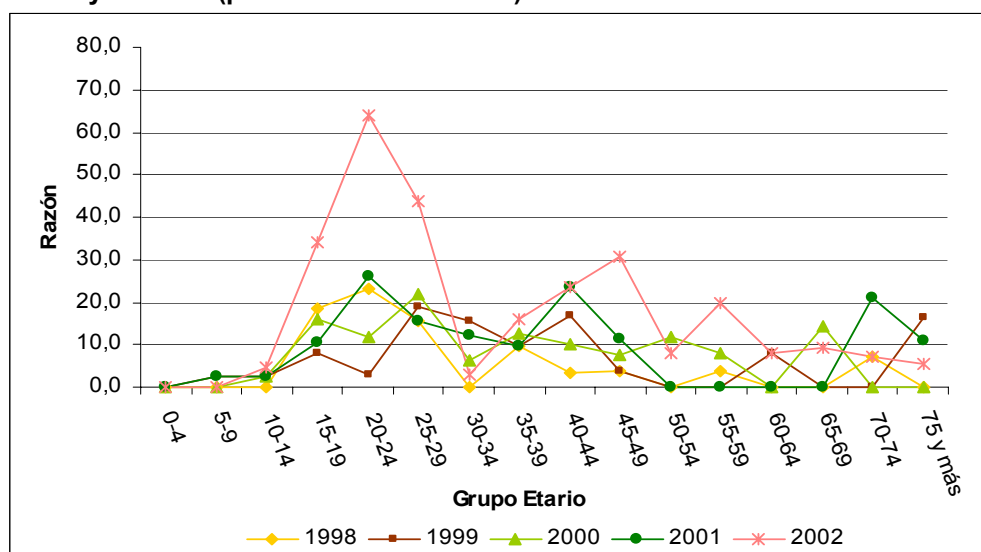
Gráfico 9. Razón de Muertes por Homicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

En relación con las razones según grupo etario, es de destacar la amplia diferencia entre las razones de muerte en personas de 20 a 24 años de edad en el 2002 y el resto de los años (Gráfico 10).

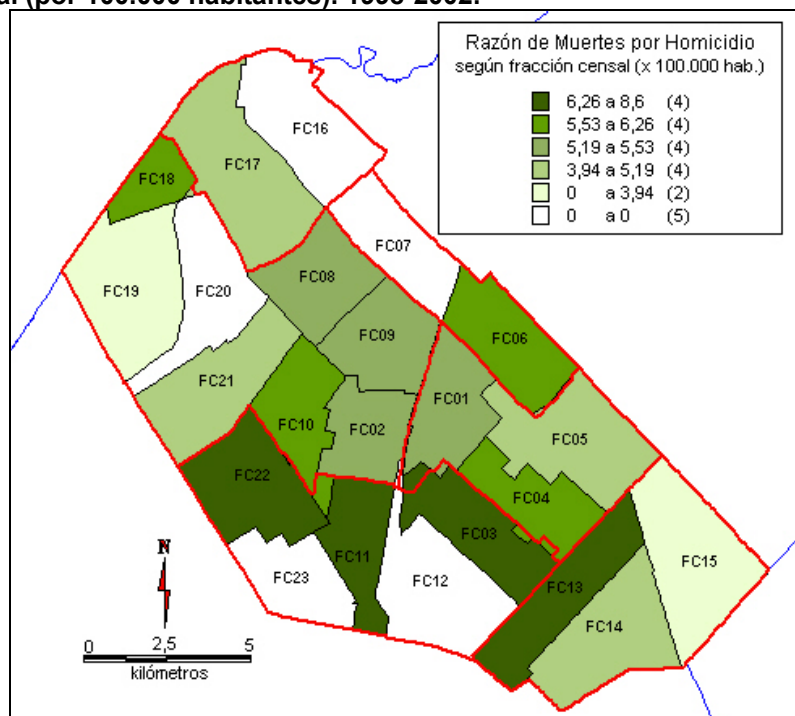
Gráfico 10. Razón de Muertes por Homicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

En el Mapa 10 se observa que las fracciones con razones de muerte por homicidio superiores pertenecen principalmente en la zona sur del Municipio, en las localidades de Monte Chingolo y Remedios de Escalada (FC03, FC11, FC13 y FC22).

Mapa 10. Razón de Muertes por Homicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

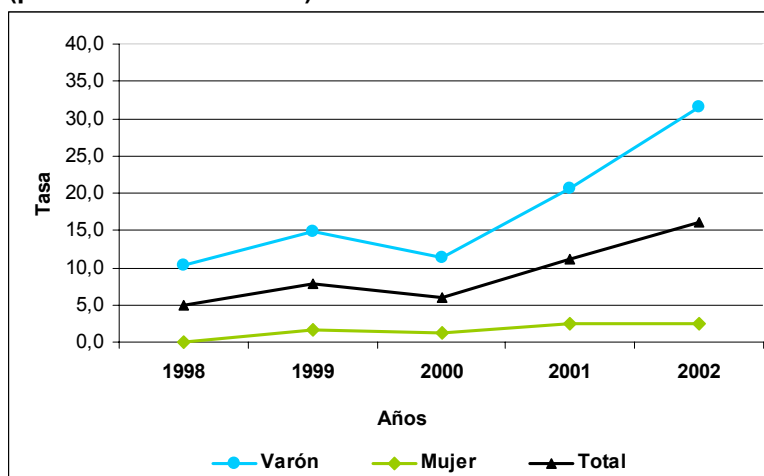


Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

La tasa de muertes por homicidio fue de 9,2 por 100.000 habitantes (Tabla 11). El riesgo de morir por esta causa se incrementó durante el 2001 y 2002 (11,1 y 16,0 por 100.000 habitantes respectivamente).

El Gráfico 11 muestra el aumento del riesgo de muerte por homicidio en varones en el 2001 y 2002.

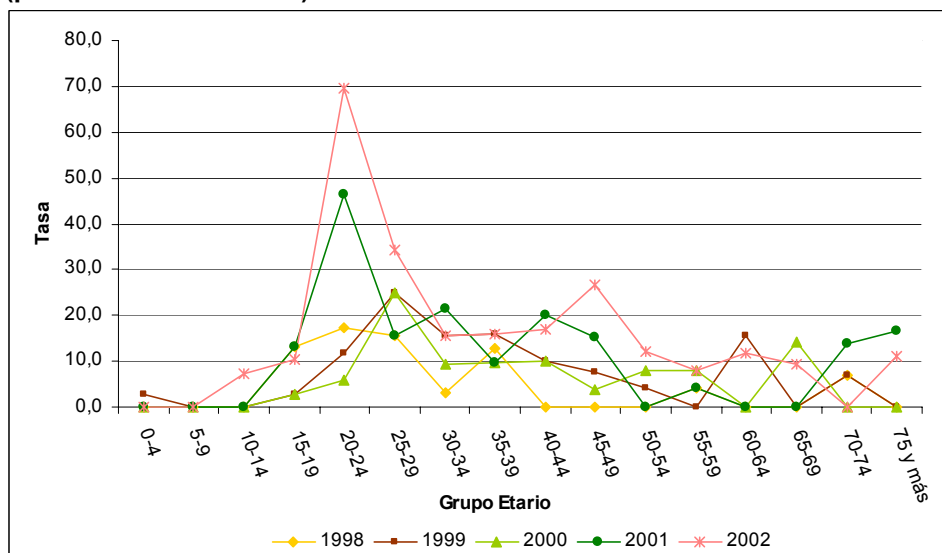
Gráfico 11. Tasa de Muertes por Homicidio en residentes del Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

En el Gráfico 12 destaca la alta proporción de muertos por homicidio en el grupo de 20 a 24 años de edad en los años 2001 y 2002.

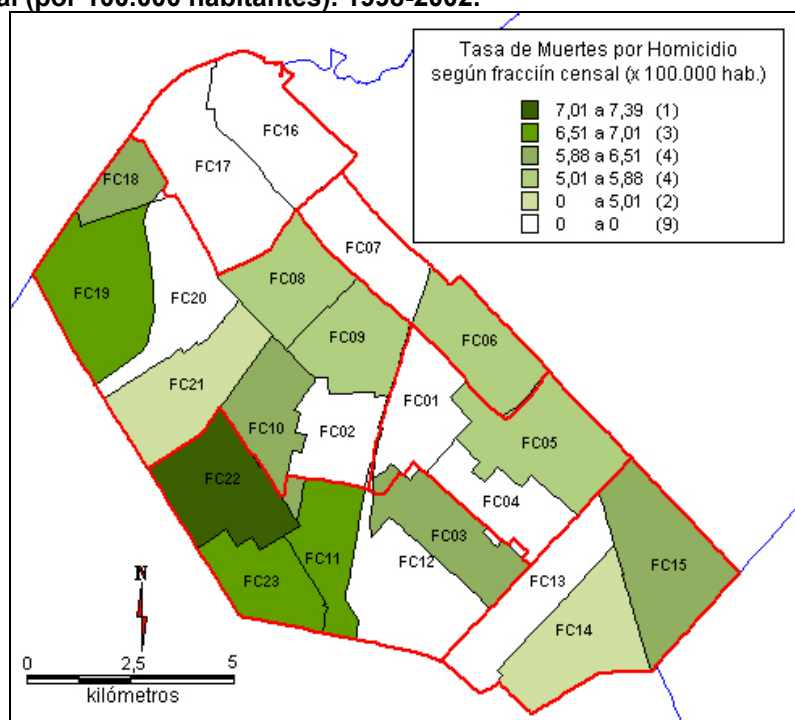
Gráfico 12. Tasa de Muertes por Homicidio. Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

El Mapa 11 muestra las tasas de muerte por homicidio según fracción censal.

Mapa 11. Tasa de Muertes por Homicidio en residentes del Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

7.3 Muertes por suicidio

El número total de suicidios ocurridos en el Municipio de Lanús durante el período 1998-2002 fue 133, lo que representó el 12,0% del total de las muertes violentas. La proporción de suicidios aumentó progresivamente a lo largo los cinco años, pasando de 15,0% (n=20) en 1998 a 30,1% (n=40) en el 2002.

De los 133 suicidios ocurridos en Lanús, el 79,7% (n=106) correspondió a residentes de Lanús y 13,5% (n=18) a residentes de otros municipios; de éstos últimos, el mayor porcentaje correspondió a residentes de Lomas de Zamora (8,3%; n=11). La proporción de registros sin información para el lugar de residencia fue de 6,8% (n=9).

La mayoría de las muertes por suicidio ocurrió en viviendas (70,7%; n=94); mientras que sólo un 5,3% (n=7) se produjo en la vía pública. El porcentaje de registros sin información fue 24,1% (n=32).

El 79,7% (n=106) de los suicidios ocurrió en hombres. La razón de masculinidad en el período fue 3,9; y ésta aumentó de 2,3 a 5,7 a lo largo de los años en estudio.

Se registraron muertes por suicidio sólo en personas mayores de 14 años. El grupo con mayor número de muertes fue el de 75 y más años, con 21 casos, lo que representó el 15,8% de total de suicidios.

Las dos circunstancias más importantes en el caso de los suicidios fueron *ahorcamiento* y *sofocación* (45,9%) y *disparo con arma de fuego* (40,6%) (Tabla 13). En el resto de las circunstancias se agruparon tres casos correspondientes a *caídas* (2 casos) y *herida de arma blanca, corte o perforación* (1 caso).

Tabla 13. Distribución porcentual de las Muertes por Suicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Circunstancia de ocurrencia de la violencia. 1998-2002.

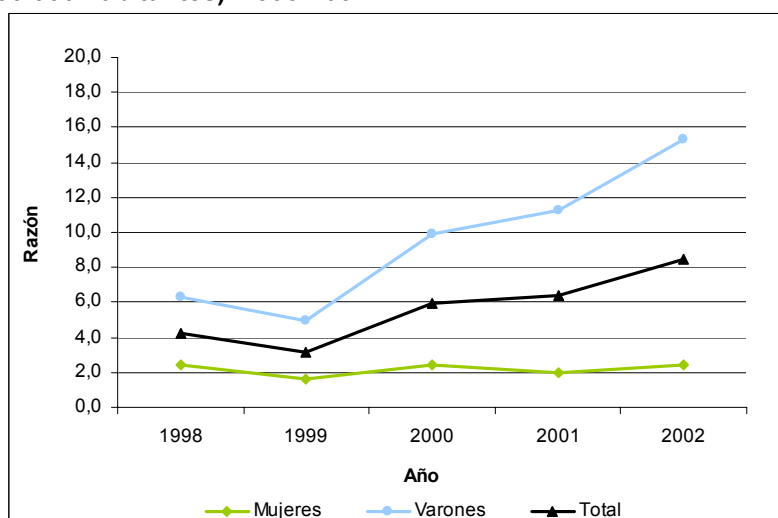
Circunstancia de ocurrencia de la violencia	% (n)
Ahorcamiento y sofocación	45,9 (61)
Disparo con arma de fuego	40,6 (54)
Otros accidentes de tránsito	4,5 (6)
Envenenamiento por intoxicación con sustancias	2,3 (3)
Exposición a fuego (llama, objeto o sustancia)	2,3 (3)
Resto de las circunstancias	2,1 (3)
Circunstancias no especificadas	2,3 (3)
Total general	100,0 (133)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004) modificada.

La razón de muertes por suicidio en el período 1998-2002 fue de 5,7 por 100.000 habitantes (Tabla 9). A lo largo de los años las razones de muertes por suicidio variaron entre 3,2 y 8,5 por 100.000 habitantes entre 1998 y 2002.

La razón en varones fue superior a la de mujeres (9,5 vs 2,2 por 100.000 habitantes respectivamente); registrándose desde el 2000 un aumento progresivo de las razones de muerte en varones (Gráfico 13).

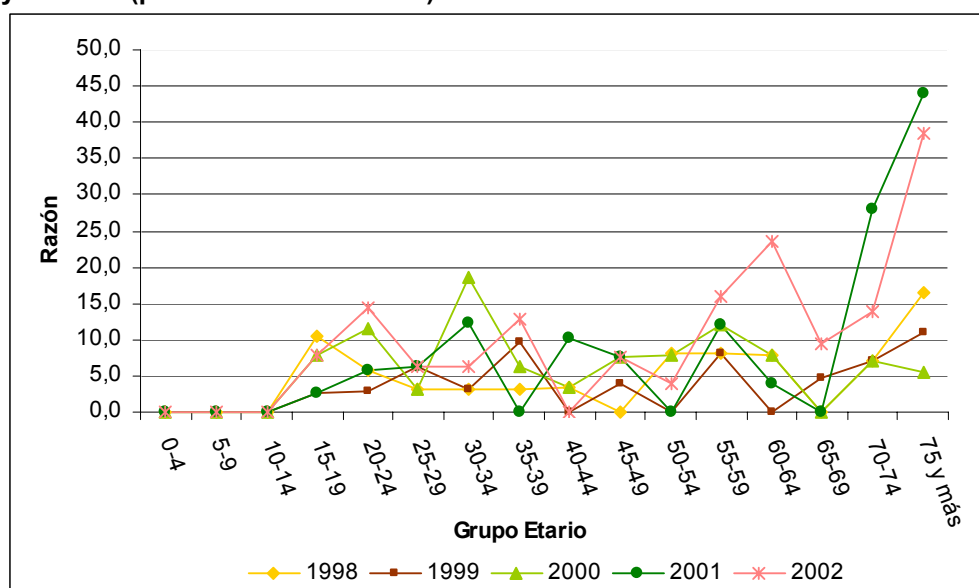
Gráfico 13. Razón de Muertes por Suicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

En el Gráfico 14 destacan las razones de muerte por suicidio en el grupo etario de mayores de 75 años en los años 2001 y 2002.

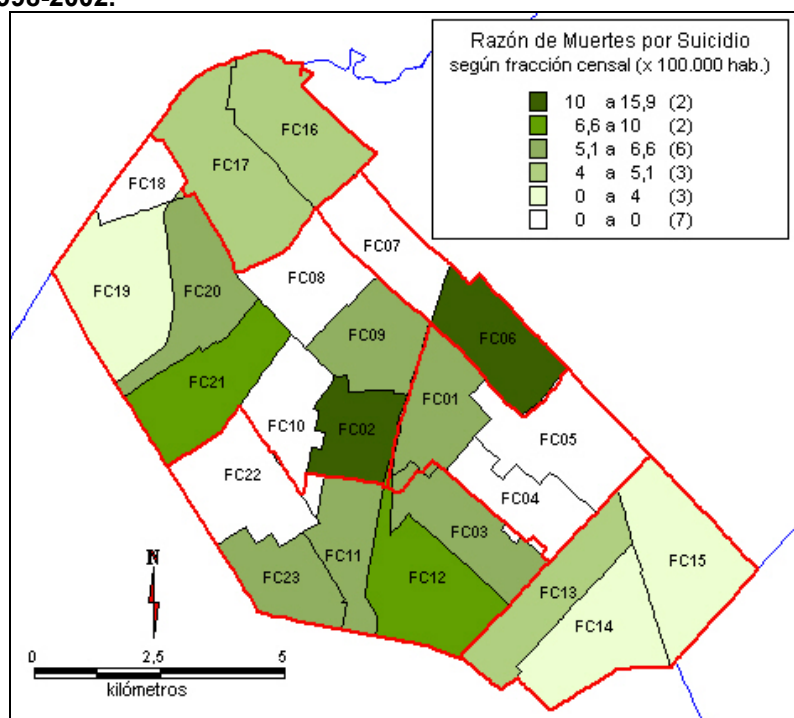
Gráfico 14. Razón de Muertes por Suicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

Las razones de muerte por suicidio según fracción censal se presentan en el Mapa 12.

Mapa 12. Razón de Muertes por Suicidio ocurridas en el Municipio de Lanús (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

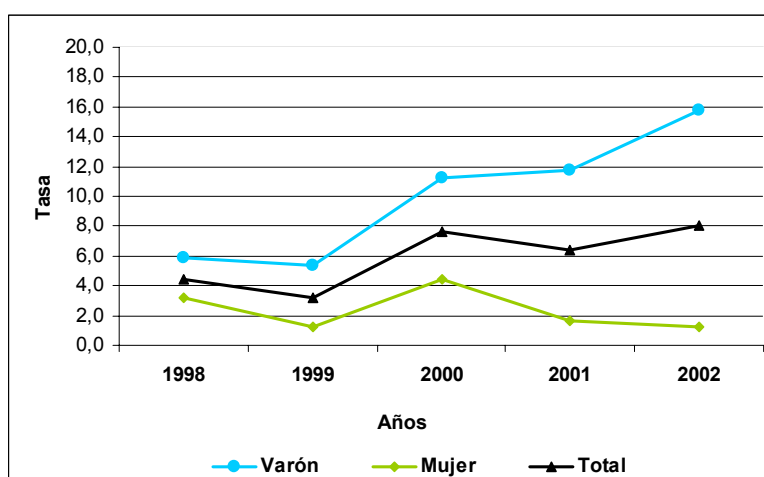


Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

La tasa de muertes por suicidio fue de 6,0 por 100.000 habitantes (Tabla 11). El 2002 presentó la tasa más alta (8,1 por 100.000 habitantes).

La tasa de muertes por suicidio en varones fue superior a la de mujeres (10,0 por 100.000 habitantes y 2,3 100.000 habitantes respectivamente). En el Gráfico 15 se presentan las tasas de muerte por suicidio según sexo para cada uno de los años en estudio.

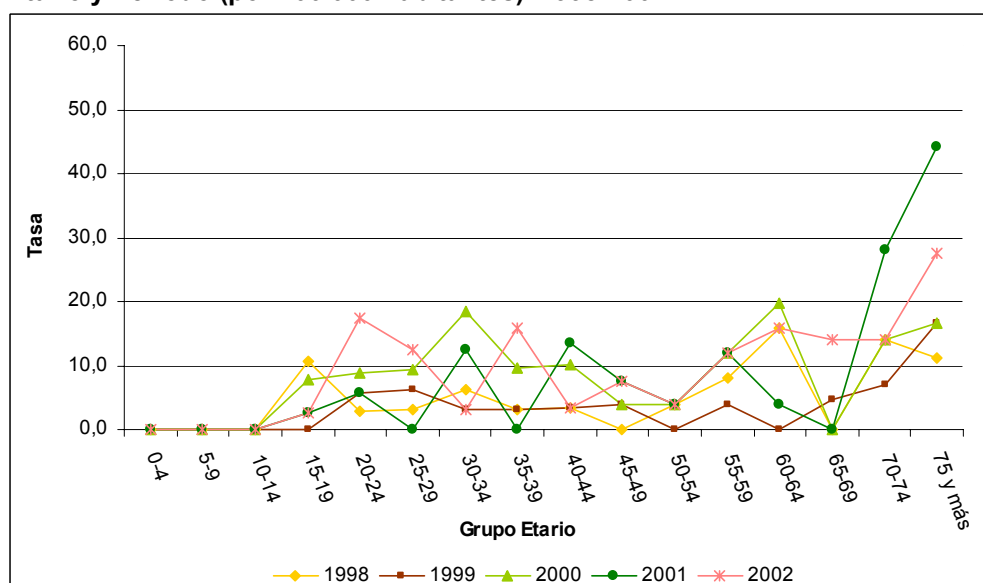
Gráfico 15. Tasa de Muertes por Suicidio en residentes del Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

Presentamos por último las tasas de muerte por suicidio según grupo etario (Gráfico 16).

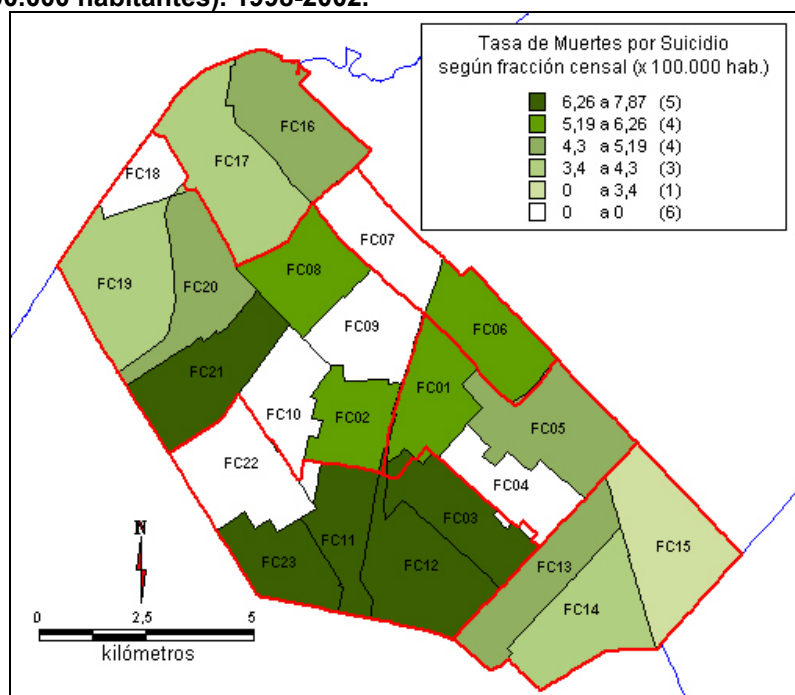
Gráfico 16. Tasa de Muertes por Suicidio en residentes del Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

La localidad de Remedios de Escalada concentró las fracciones con mayor tasa de suicidios (Mapa 13).

Mapa 13. Tasa de Muertes por suicidio en residentes del Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

7.4 Muertes por accidente

Durante el período 1998-2002 se registró un total de 255 accidentes, lo que representó el 23,1% de las defunciones por violencia ocurridas en el Municipio de Lanús. El mayor porcentaje de accidentes se registró en el 2000 (25,9%; n=66); para el resto de los años los porcentajes de este tipo de muerte variaron entre un 14,9% (38 casos en 1999) y un 20,8% (53 casos en el 2000).

La mayoría de las muertes por accidente ocurrió en residentes de Lanús (67,8%; n=173); un 12,9% (n=33) ocurrió en residentes de Lomas de Zamora, un 7,1% (n=18) en residentes de Avellaneda, y el 5,9% (n=15) restante en residentes de otros partidos. El 6,3% (n=16) de los registros carece de información acerca del lugar de residencia.

En relación con el sitio de ocurrencia un alto porcentaje de registros de muertes por accidente carece de información (43,5%; n=111). Para los casos en los que se pudo obtener información, se encontró que un 33,3% (n=85) de las defunciones accidentales ocurrieron en la vía pública, un 15,3% (n=39) en vivienda y un 7,8% (n=20) en otros sitios.

La razón de masculinidad para el período fue 2,0. A lo largo de la serie, las razones de masculinidad variaron entre 1,5 y 3,1.

La mayor proporción de accidentes se registró en el grupo de 75 y más años (19,6%; n=50). Por otro lado, resalta el número de accidentes ocurridos en menores de 5 años (10,2%; n=26). En el resto de los grupos los accidentes ocurrieron en proporciones que variaron entre 2,4% y 7,5%.

Las circunstancias más importantes en que se produjeron las muertes por accidente fueron los *accidentes de vehículo de motor* (20,0%) y de *vehículo de rieles* (18,8%) (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución porcentual de las Muertes por Accidente ocurridas en el Municipio de Lanús según Circunstancia de ocurrencia de la violencia. 1998-2002.

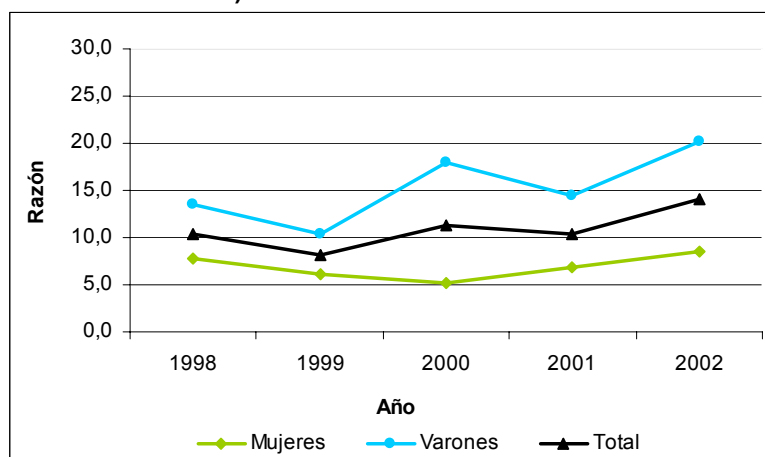
Circunstancia de ocurrencia de la violencia	% (n)
Accidente de vehículo de motor	20,0 (51)
Accidente de tren o vehículo de rieles	18,8 (48)
Electrocución	7,8 (20)
Caída	7,5 (19)
Ahorcamiento y sofocación	7,1 (18)
Exposición a fuego (llama, objeto o sustancia)	5,1 (13)
Ahogamiento y sumersión	2,4 (6)
Envenenamiento por exposición a gases	1,6 (4)
Disparo con arma de fuego	0,4 (1)
Otras circunstancias	0,8 (2)
Circunstancias no especificadas	28,5 (73)
Total general	100,0 (255)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004) modificada.

La razón de muertes por accidente para el período en estudio fue de 10,9 por 100.000 habitantes (Tabla 9).

La razón de muertes en varones fue superior a la de mujeres (15,3 vs 6,9 por 100.000 habitantes respectivamente). El Gráfico 17 presenta las razones de muerte por accidente según sexo.

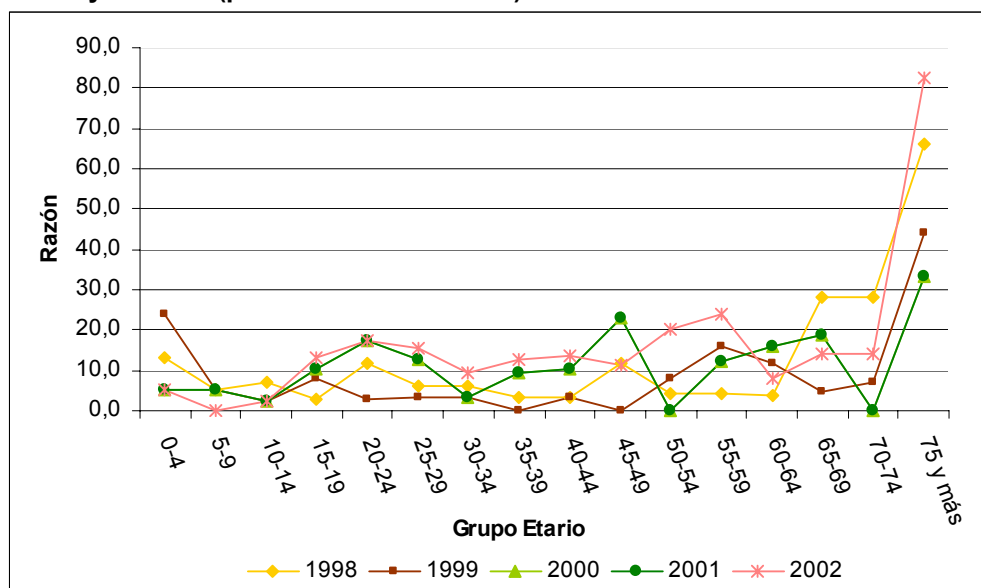
Gráfico 17. Razón de Muertes por Accidente ocurridas en el Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

El Gráfico 18 muestra que las razones de muerte por accidente fueron, en todos los años, superiores en el grupo de 75 y más años.

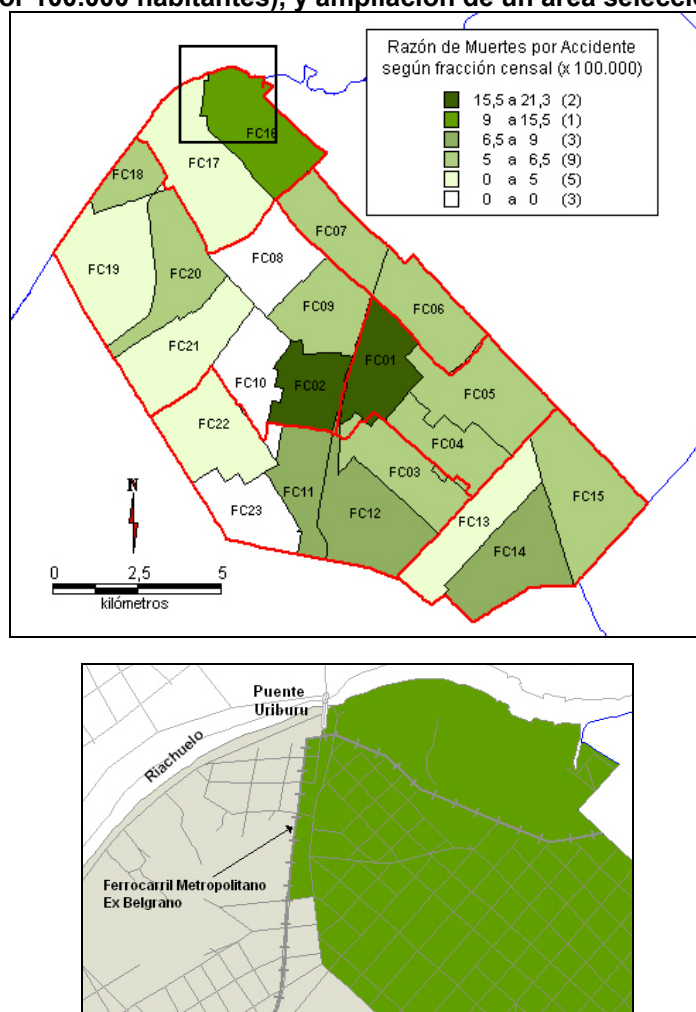
Gráfico 18. Razón de Muertes por Accidente ocurridas en el Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

En el Mapa 14 puede observarse que las razones superiores de muerte por accidente se encontraron en fracciones censales correspondientes a zonas con alto flujo de tránsito del Municipio, como el Puente de Uriburu —que comunica Lanús con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires— y la zona céntrica del Municipio.

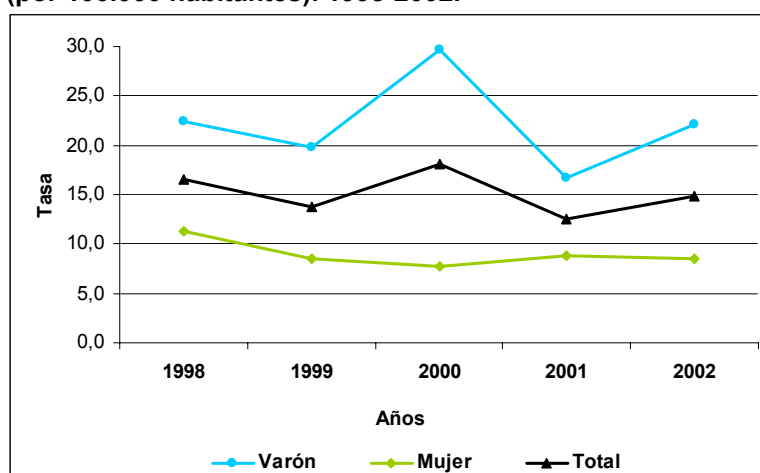
Mapa 14. Razón de Muertes por Accidente ocurridas en el Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes), y ampliación de un área seleccionada. 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

La tasa de muertes por accidente para el período fue de 15,2 por 100.000 habitantes (Tabla 11). La tasa en varones fue de 22,1 por 100.000 habitantes y en mujeres 8,9 por 100.000 habitantes. El Gráfico 19 presenta las tasas de muerte por accidente según sexo y período.

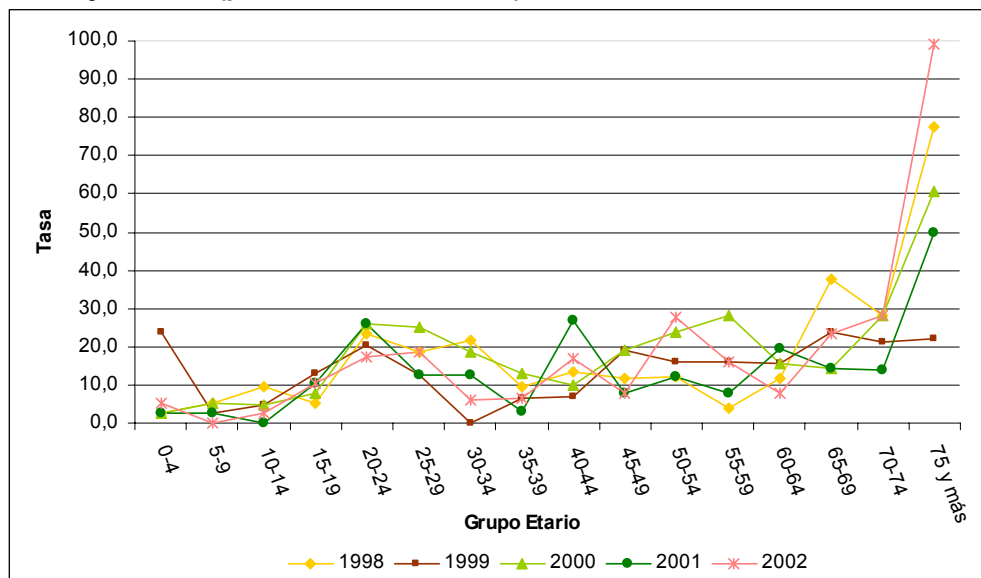
Gráfico 19. Tasa de Muertes por Accidente en residentes del Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

Como puede observarse en el Gráfico 20 las tasas de muerte por accidentes fueron superiores en mayores de 75 años, para los cinco años.

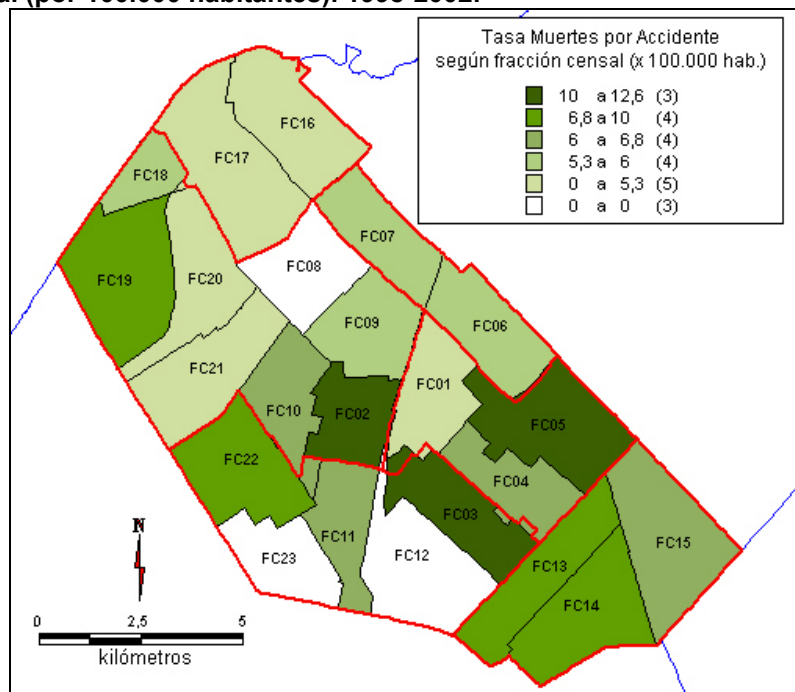
Gráfico 20. Tasa de Muertes por Accidente en residentes del Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

El Mapa 15 presenta las tasas de muerte por accidentes según fracción censal.

Mapa 15. Tasa de Muertes por Accidente en residentes del Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

7.5 Muertes violentas ignoradas

Las muertes violentas ignoradas fueron el tipo de muerte que se presentó en mayor proporción durante los años en estudio. Su número constituye poco menos de la mitad del total de las muertes violentas analizadas: 495 muertes, lo que representa el 44,8% del total de las muertes violentas.

El mayor porcentaje de muertes violentas ignoradas correspondió a residentes de Lanús (65,1%; n=322), y un 18,4% (n=91) a residentes de Lomas de Zamora. El resto de las violencias ignoradas se distribuyó entre residentes de distintos municipios de la Provincia de Buenos Aires, y el 8,3% (n=41) de los registros no contenía información sobre el lugar de residencia.

Para este tipo de violencia, el 81,8% (n=405) de los registros carece de información sobre el sitio de ocurrencia de la muerte.

El 88,5% (n=438) de las muertes violentas ignoradas se registró en varones. La razón de masculinidad en el período fue 7,7.

En los grupos de 20-24, 15-19 y 25-29 años de edad se registraron los mayores porcentajes de violencias ignoradas.

En relación con la circunstancia de ocurrencia de la violencia, se destacaron las muertes por *disparo con arma de fuego*, las cuales representaron un 48,4%, prácticamente la mitad de las muertes violentas ignoradas (Tabla 15). En el *resto de las circunstancias* se agruparon aquellas halladas en porcentajes menores al 2% —*envenenamiento por exposición a gases* (1,8%; n=9) y *exposición a fuego (llama, objeto o sustancia)* (1,4%; n=7), entre otras—.

Tabla 15. Distribución porcentual de las Muertes Violentas Ignoradas ocurridas en el Municipio de Lanús según Circunstancia de ocurrencia de la violencia. 1998-2002.

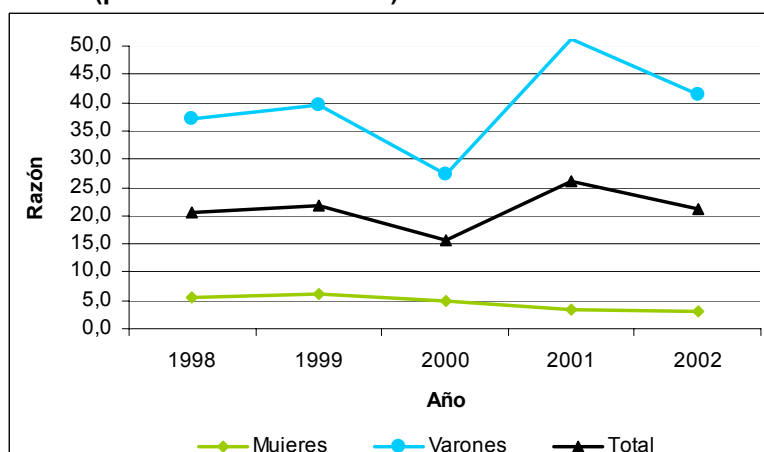
Circunstancia de ocurrencia de la violencia	% (n)
Disparo con arma de fuego	48,3 (239)
Ahorcamiento y sofocación	7,3 (36)
Herida con arma blanca, corte o perforación	2,8 (14)
Resto de las circunstancias	5,3 (26)
Circunstancias no especificadas	36,4 (180)
Total general	100,0 (495)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004) modificada.

La razón de muertes violentas ignoradas en el período 1998-2002 fue de 21,1 por 100.000 habitantes (Tabla 9).

El Gráfico 21 muestra las razones de este tipo de muerte según sexo y período.

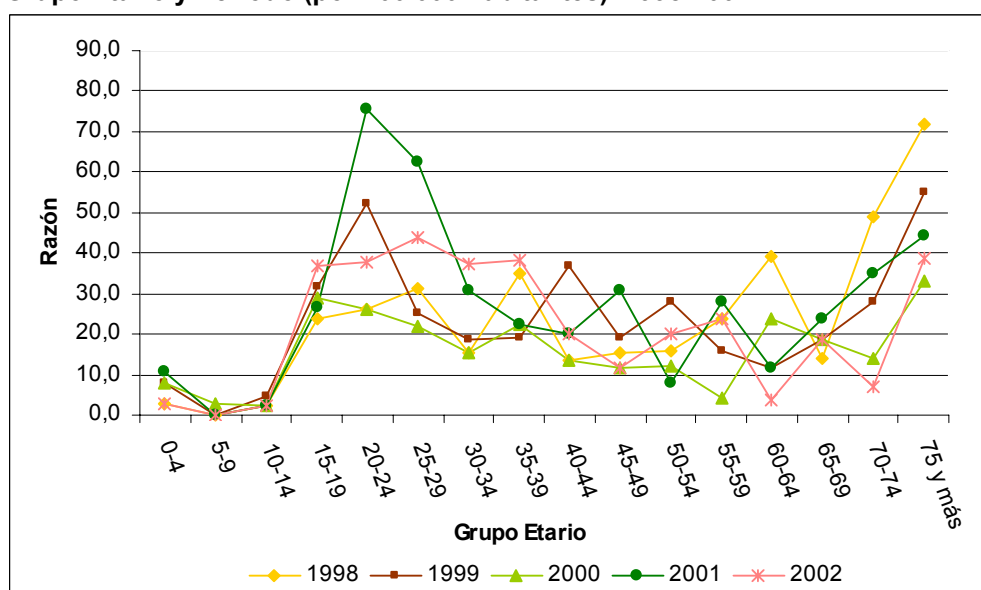
Gráfico 21. Razón de Muertes Violentas Ignoradas ocurridas en el Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

Las razones de muertes violentas ignoradas según grupo etario y período se presentan en el Gráfico 22.

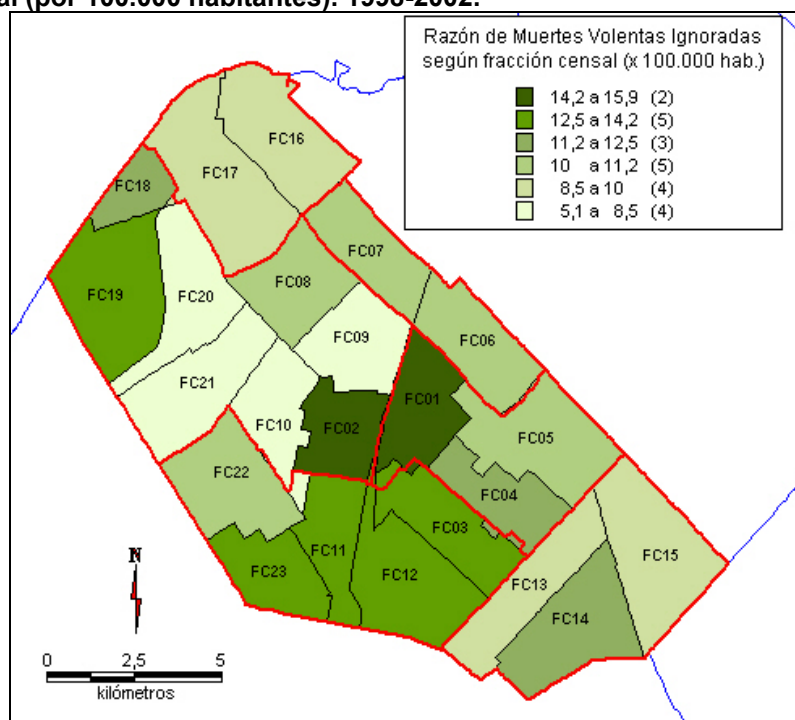
Gráfico 22. Razón de Muertes Violentas Ignoradas ocurridas en el Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

El Mapa 16 muestra las razones de muertes violentas ignoradas según fracción censal.

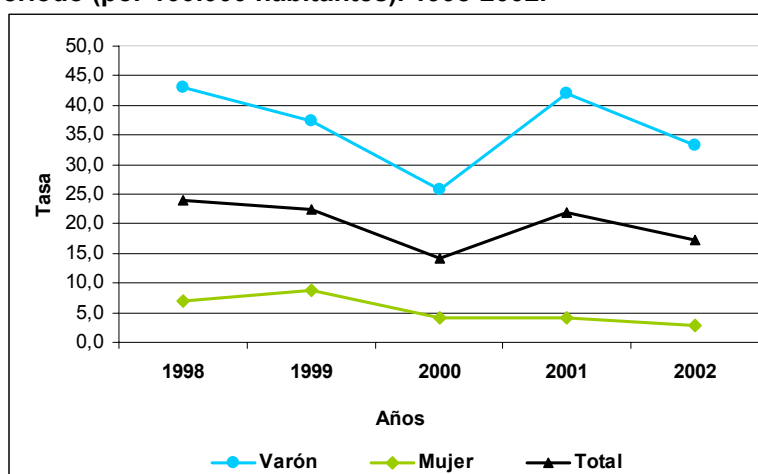
Mapa 16. Razón de Muertes Violentas Ignoradas ocurridas en el Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

La tasa de muertes violentas ignoradas fue de 19,9 por 100.000 habitantes (Tabla 10). La tasa en varones fue de 36,3 por 100.000 habitantes y la de mujeres de 5,3 por 100.000 habitantes. El Gráfico 23 presenta las tasas de muerte según sexo para cada uno de los años en estudio.

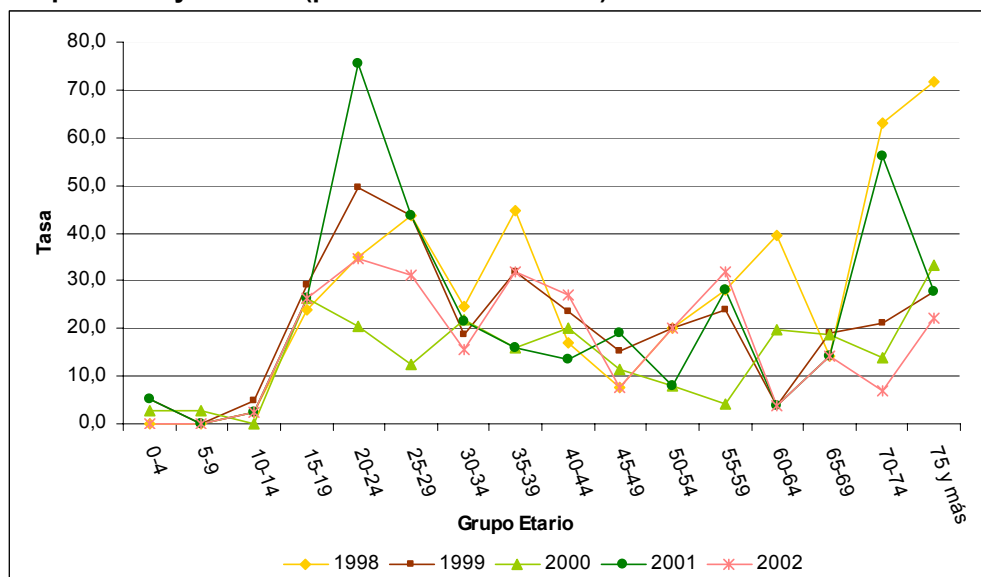
Gráfico 23. Tasa de Muertes Violentas Ignoradas en residentes del Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

El Gráfico 24 muestra las razones de muertes violentas ignoradas según grupo etario y período.

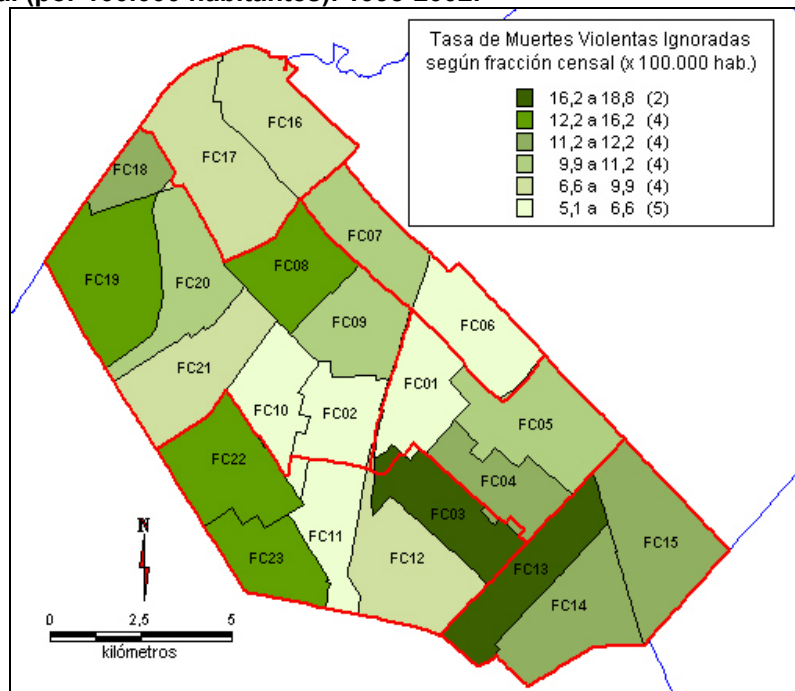
Gráfico 24. Tasa de Muertes Violentas Ignoradas en residentes del Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

En el Mapa 17 se presentan las tasas de muertes violentas ignoradas según fracción censal.

Mapa 17. Tasa de Muertes Violentas Ignoradas en residentes del Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

8. CONCLUSIONES

*Las cifras son objetales, no conceptuales;
sólo si las incluimos en un esquema de
interpretación les daremos vida.*
José Pablo Feinmann

- Para el conjunto de los años en estudio, se registraron 1.105 muertes por violencia. De éstas el 44,8% (n=495) correspondió a muertes violentas ignoradas, el 23,1% (n= 255) a muertes por accidentes, el 20,1% (n=222) a muertes por homicidio y el restante 12,0% (n=133) a muertes por suicidio.
- Las muertes fueron mayores en varones (82,7%). La razón de masculinidad fue 4,8 para el total del período. La mayor diferencia entre los sexos se registró en el caso de los homicidios en el año 2002 (razón de masculinidad de 16,0) (Anexo 8, Tabla 8a).
- Para el total de las muertes los grupos de edad más afectados fueron los de 15 a 29 años y mayores de 75 años (Anexo 8, Tabla 8c). De la comparación entre los distintos tipos de muerte señalamos que entre los homicidios y violencias ignoradas se destacó el grupo de 20 a 24 años, entre los suicidios y accidentes el de 75 y más años. En el caso de los accidentes se destacaron también las muertes en menores de 5 años.
- La circunstancia de muerte de mayor importancia fue *disparo con arma de fuego* (41,4%; n=458) (Tabla 6). La discriminación según circunstancia y tipo de muerte permitió observar que, entre los homicidios, los *disparos con arma de fuego* tuvieron mayor importancia que el resto de las circunstancias (73,9%; n=164) (Tabla 12). En el caso de los suicidios, la circunstancia hallada en mayor proporción fue *ahorcamiento y sofocación* (45,9%; n=61), y en el caso de los accidentes fueron los *accidentes de vehículo* (20,0%; n=51) (Tablas 13 y 14 respectivamente).
- En relación con la circunstancia de muerte según edad, los disparos con arma de fuego se registraron en el 60,0% (n=85) del total de personas de 20 a 24 años. De las 121 muertes en mayores de 75 años, el 39,7% (n=48) de las circunstancias no pudieron especificarse. El 50% (n=24) de las muertes en menores de 5 años correspondió a *ahorcamiento y sofocación*.
- En relación con la jurisdicción de ocurrencia, las mayores proporciones de muerte se registraron en residentes del Municipio de Lanús y Lomas de Zamora.
- En cuanto al sitio de ocurrencia, la mayor proporción de homicidios ocurrió en la vía pública y la de suicidios en viviendas. Para los accidentes y muertes violentas ignoradas se registró un alto porcentaje de registros sin información acerca del sitio de ocurrencia.

- Para las variables ocupación y nivel de instrucción se encontró una alta proporción de registros sin información (Anexos 9 y 10 respectivamente). Esta cuestión se relaciona con la baja calidad de llenado de algunos campos del informe estadístico de defunción.
- En relación con la tendencia temporal, la mayor proporción de muertes violentas se registró durante los meses de diciembre (14,3%; n=114) y los días domingo (15,9; n=176) (Anexo 11, Tablas 11a y b).
- La razón de muertes violentas para el conjunto de los años estudiados fue 47,0 por 100.000 habitantes. En los años 2001 y 2002 se registró un aumento de las razones (51,7 por 100.000 habitantes y 61,8 por 100.000 habitantes respectivamente) (Tabla 8). En relación con los distintos tipos de violencia, se destaca el incremento en la razón de muertes por homicidio en el año 2002 (Tabla 9).
- La tasa de muertes violentas para el conjunto de los años estudiados fue 50,3 por 100.000 habitantes (Tabla 10). En los años 2001 y 2002 se registró un aumento de las tasas (51,9 por 100.000 habitantes y 56,3 por 100.000 habitantes respectivamente) (Tabla 11).
- Al comparar las razones (lugar de ocurrencia) y tasas (lugar de residencia) se observa que ambas presentaron valores similares en el año 2001 pero, en el 2002, las razones (ocurrencia) superaron a las tasas (residencia) (61,8 y 56,3 por 100.000 habitantes) (Tablas 8 y 10). Esto se debió al aumento de las muertes en el Municipio de Lanús, de personas no residentes en Lanús. Así, la consideración de las muertes en no residentes agrega información importante acerca del perfil de mortalidad por violencias, información imposible de obtener si sólo tomásemos en cuenta las muertes en residentes. Este resultado avala nuestra decisión de tomar en cuenta las defunciones ocurridas en no residentes de Lanús además de las ocurridas en residentes.
- Las fracciones censales con las mayores razones para el total de muertes violentas (ocurrencia) se ubicaron en áreas con condiciones de vida superiores al resto de las zonas del Municipio (FC01 y FC02) (Mapa 7). Sin embargo, estas fracciones no mostraron las mayores tasas para el total de muerte (residencia). Por el contrario, las fracciones con tasas superiores se registraron en áreas del Municipio con menores condiciones de vida (FC03 y FC19) (Mapa 9). Destacamos finalmente que, en el caso de los homicidios, las fracciones con razones de muerte superiores se ubicaron principalmente en zonas con condiciones de vida favorables (FC13 y FC22) (Mapa 10); y éstos ocurrieron mayormente en la vía pública. En el caso de las muertes por accidente las fracciones con mayores razones pertenecen a áreas del Municipio altamente transitadas (Mapa 14). A partir de esta distribución geográfica diferencial de las razones y tasas de muerte, resaltamos nuevamente la importancia de considerar las muertes en no residentes en los estudios de violencia.

A continuación hacemos algunos comentarios sobre los principales resultados obtenidos, dirigidos a establecer —en los casos que sea posible— la comparación con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y otras jurisdicciones, y a comentar cuestiones en función de posibles interpretaciones.

Los valores altos de las tasas y razones de muertes violentas ignoradas halladas en este trabajo fueron coincidentes con los encontrados para la CABA en un trabajo previo del equipo de investigación de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (Spinelli *et al.*, 2005). Diversos aspectos están relacionados con las magnitudes registradas para las violencias ignoradas. Uno es el referido a la confección de los Informes Estadísticos de Defunción (IED). En dicho trabajo señalamos que existe la posibilidad de que algunos de los médicos que confeccionan los IED en el caso de las muertes violentas, prefieran no tomar posición ante el tipo de violencia en virtud de cuestiones legales implicadas (Spinelli *et al.*, 2005).

Se han relacionado también con esta cuestión, aspectos relativos a la dimensión cultural, que pueden llevar a no revelar la causa de muerte por parte de los familiares —por ejemplo, en casos de suicidio— (Pinheiro Gaweyszewski *et al.*, 2004). En otros trabajos se plantea que las muertes provocadas por acción policial y grupos de exterminio pueden ser ingresadas al sistema estadístico en forma de violencias indeterminadas (Tourinho Peres *et al.*, 2004).

La distribución desigual de las violencias entre sexos y grupos de edad coincide también con los resultados hallados en el trabajo citado, realizado en la CABA (Spinelli *et al.*, 2005), y con los de otras investigaciones (Yunes y Rajs, 1994; Cruz, 1999; Freitas *et al.*, 2000; Concha-Eastman *et al.*, 2002; OPS/OMS, 2003; Briceño-León, 2005a; Franco, 2005; Ramos de Souza, 2005b; Tourinho Peres y dos Santos, 2005).

A partir de las diferencias entre los indicadores de mortalidad en varones y mujeres, se ha indagado acerca del papel de las violencias en las relaciones sociales (Menéndez y Di Prado, 1998; Briceño-León, 2001; Couto y Schraiber, 2005; Ramos de Souza, 2005a). La violencia funcionaría, por un lado, como una forma de recolocar elementos relativos al poder y la autoridad; y por el otro, como un elemento clave en la reafirmación y determinación de la subjetividad masculina.

En concordancia con los resultados de este trabajo, en la CABA, el 66,2% de 811 homicidios fue ocasionado por disparo con arma de fuego (Spinelli *et al.*, 2005). En la bibliografía se ha encontrado referencia a los disparos con arma de fuego como la circunstancia más importante asociada a la mortalidad, especialmente a la provocada por homicidio (Landman Szwarcwald y Ayres de Castilho, 1998; Briceño-León, 2001; OPS/OMS, 2003; Saín, 2003; Briceño-León, 2002; Cardona *et al.*, 2005; Franco, 2005; Tourinho Peres y dos Santos, 2004; Tourinho Peres *et al.*, 2005). En algunas ciudades latinoamericanas, se han encontrado las siguientes proporciones de muertes por homicidio ocasionadas por disparo con arma de fuego: en Caracas 92%, en Cali 80%, en Río de Janeiro 83,4%, en Recife 79,2% y en Belo Horizonte 53,1% (Briceño-León, 1999; Ramos de Souza, 1994).

Las armas constituyen un instrumento con enorme poder simbólico de fuerza y masculinidad (Briceño-León, 2001; Kessler, 2004; Ramos de Souza, 2005a; Tourinho Peres *et al.*, 2005). Éstas son, por un lado, un medio para imponer la voluntad individual, y por otro,

representan el valor y la capacidad de defenderse y de demostrar “hombría” (Briceño-León, 2001; Tourinho Peres y dos Santos, 2004).

En cuanto a los diferenciales de mortalidad según grupo etario, las violencias producen muertes prematuras y resultan responsables del mayor número de años potenciales de vida perdidos cuando se observa el cuadro general de los decesos (Briceño, 1999; Minayo, 2005). A nivel mundial las tasas de homicidio más altas corresponden a hombres de 15 a 19 años (Franco, 2005). En Lanús, fue el grupo de 20 a 24 años el que presentó la mayor tasa y razón de muertes por esta causa. El hecho de que los jóvenes presenten riesgo superior de sufrir una muerte violenta puede relacionarse con aspectos de la dimensión cultural de la masculinidad, que se acentúan en los jóvenes por encontrarse en la fase de definición de su identidad (Briceño-León, 2001).

Con respecto a los adultos mayores los resultados de este estudio referidos a la circunstancia de muerte muestran la baja calidad de la información de este campo que suele ser relevada en los IED. La bibliografía señala a los accidentes de tránsito, caídas y suicidios entre las circunstancias más frecuentes de mortalidad por violencias en adultos mayores (Hijar *et al.*, 2000; Krug *et al.*, 2000; WHO, 2002b).

Cabe mencionar en relación con las muertes por accidente en menores de 5 años, que una investigación llevada a cabo en el Municipio de Lanús señaló la importancia de los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, en particular, la de los accidentes ocurridos en el hogar (42,9% de un total de 296 casos de traumatismos), como la principal causa de egresos del Hospital Nacional de Agudos Narciso López, segundo hospital en importancia en el Municipio (Spinelli *et al.*, 2001).

Por otra parte, en relación con la calidad de la información de la fuente de datos utilizada (IED), la alta proporción de registros sin información para las variables ocupación y nivel de instrucción muestra que en estos documentos la información referida a *lo social* es pobre. Esta cuestión se relaciona con restricciones propias del IED, en virtud de la lógica con que está estructurado. El sesgo cuantitativo representa una de las limitaciones fundamentales respecto a la posibilidad de recuperar información que nos aproxime a las dimensiones sociales del fenómeno violencias. Los únicos datos que se pueden relevar con cierta regularidad son, en su mayoría, de carácter biológico, ya que los campos referidos a antecedentes y/o características *sociales* de los occisos son incompletos o directamente no están contemplados en los IED.

Nos referiremos a continuación al aumento de las razones y tasas registrado en los años 2001 y 2002 en Lanús²⁶. Este incremento es coincidente con el registrado para la Provincia de Buenos Aires y el Primer Cordón de la Provincia (Anexo 2). En otros países como Brasil, Ecuador y Venezuela, se registró también un aumento en las tasas de homicidio en el año 2002 (Franco, 2005). El incremento de las muertes violentas se ha relacionado, entre otros factores, con el deterioro de la condición socioeconómica. En función de los resultados obtenidos en Lanús es inevitable establecer a priori una asociación entre el aumento de las tasas de muerte violenta y la crisis económico-social que se puso en evidencia a fines del año 2001 en nuestro país. En la

²⁶ Según datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (comunicación personal), la tendencia creciente de algunos de los tipos de muerte continuó en el año 2003. En dicho año el número de homicidios ascendió a 100 muertes y el de accidentes a 78. Los números del 2004 aún no se encuentran disponibles.

sección 5, hemos señalado que desde los años 90 se llevó a cabo al cierre de centenares de plantas industriales (Grebol *et al.*, 2005); y que desde 1998, la pobreza y la indigencia se incrementaron (Siempro, 2004). Una conclusión de este tipo sería apresurada, sin embargo, ya que se requieren estudios más profundos para analizar la existencia de dicha asociación. Por otro lado, las investigaciones realizadas hasta el momento no han permitido establecer una relación clara entre pobreza y violencia. Es en realidad la creciente desigualdad social la que los expertos han hallado asociada con el aumento de las violencias (Szwarcwald *et al.*, 1998; Briceño, 2001; Rojas *et al.*, 2005; Ramos de Souza, 2005a).

Aclaramos, siguiendo a Franco (1999) en este razonamiento, que entendemos a la desigualdad no sólo en términos cuantitativos, sino como un asunto de predominio cualitativo, que puede referirse a distintas dimensiones, entre ellas, la económica y la política. Para Franco (2001), “la inequidad constituye la principal condición estructural posibilitadora y dinamizadora de la violencia.” Gonçalves de Assis (2003) parece explicar mejor esta última idea:

“la desigualdad, como manifestación de la violencia estructural, sirve como plano de fondo sobre el que se expresan otras formas de violencia: intrafamiliar, comunitaria, escolar e institucional.” (pp.1)

Por otro lado, resaltamos que la bibliografía señala que los niveles superiores de violencia están ligados al narcotráfico más que al consumo de drogas (Giffin, 1994; Minayo y Deslandes, 1998; Palmer, 1998; PNUD, 2004; Ramos de Souza, 2005a). Se ha encontrado una relación clara entre el crecimiento de las muertes por armas de fuego y aspectos relativos al crimen organizado, entre ellos el tráfico de drogas y el contrabando de armas. Las formas de pago y el control de los puntos de venta serían aspectos claves de la asociación entre el tráfico de drogas y el de armas (PNUD, 2003; Briceño-León, 2001; Ramos de Souza, 2005a).

Por último, a los fines de re-interpretación de los resultados, partimos de la hipótesis de que las violencias ignoradas se distribuyen proporcionalmente entre los otros tipos de muerte. De esta forma, reasignamos la cantidad de violencias ignoradas entre los accidentes, suicidios y homicidios. Con éstos valores absolutos calculamos nuevamente las razones, para analizar así su distribución hipotética. De acuerdo con este procedimiento, los valores de las razones según tipo de violencia en el Municipio se incrementarían según lo presentado en la Tabla 16. En esta tabla puede observarse que, para el 2002, los homicidios alcanzarían un orden mayor que el de las tasas²⁷ reportadas por Brasil (24,0 por 100.000 hab.) y Venezuela (25,4 por 100.000 hab.) en el mismo año (Franco, 2005).

²⁷ Como es sabido, las tasas calculadas a partir de esta operación resultarían similares en vista de que el denominador que utilizamos para ambos indicadores (razón y tasas) es el mismo.

Tabla 16. Razón de los Tipos de Muerte Violenta en función de la reasignación proporcional de las muertes violentas ignoradas entre los otros tres tipos de muerte. Municipio de Lanús. 1998-2002.

Tipo de Muerte Violenta	AÑO					
	1998	1999	2000	2001	2002	Total período
Accidentes	21,0	18,0	18,3	20,9	21,4	19,9
Suicidios	8,6	7,1	9,6	12,8	13,0	10,2
Homicidios	11,6	14,7	12,7	17,9	27,6	16,9

Fuente: Elaboración propia.

De la misma forma, si tenemos en cuenta que la contribución de las armas de fuego fue mayor en los homicidios que en el resto de los tipos de muerte (Tabla 16), podríamos suponer, que la mayoría de las muertes ignoradas relacionadas con esta circunstancia corresponden a casos de homicidio. Según los cálculos realizados en base a este supuesto (Tabla 17), Lanús superaría el valor de la tasa de homicidio por arma de fuego de Latinoamérica y el Caribe (15,5 por 100.000 hab.), y se ubicaría entre los sitios con niveles medios de violencia, al igual que Perú, Nicaragua, Ecuador, República Dominicana, Panamá y Honduras (Briceño-León, 2005b).

Tabla 17. Razones de los Tipos de Muertes Violentas por disparo de arma de fuego, en función de la reasignación proporcional de las violencias ignoradas entre los otros tres tipos de muerte. Municipio de Lanús. 1998-2002.

Tipo de Muerte Violenta	1998	1999	2000	2001	2002	Total período
	Razón	Razón	Razón	Razón	Razón	Razón
Accidentes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1
Suicidios	5,2	4,0	4,0	7,5	4,9	4,8
Homicidios	8,8	10,9	12,4	14,4	26,2	14,6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Nos referiremos ahora a los resultados obtenidos a partir de los dos indicadores calculados en este trabajo: razones y tasas. La tendencia al aumento de las muertes violentas en los años 2001 y 2002 se observa, como era esperable, a partir de ambos indicadores (Tablas 7 y 9). Sin embargo, el análisis comparativo y detallado de los numeradores que los componen permite divisar una cuestión interesante. La Tabla 18 muestra que el aumento superior en las razones se debe a un incremento de las muertes en personas no residentes en el Municipio (subrayado gris):

Tabla 18. Número de muertes según tipo de indicador (Razón o Tasa), en función del lugar de defunción. Municipio de Lanús. 1998-2002.

Año	Indicador			
	Razón		Tasa	
	Muertes ocurridas en Lanús, en residentes de Lanús	Muertes ocurridas en Lanús, en no residentes de Lanús	Muertes ocurridas en Lanús, en residentes de Lanús	Muertes fuera de Lanús, en residentes de Lanús
1998	149	44	149	86
1999	127	60	127	95
2000	131	60	131	85
2001	153	90	153	91
2002	172	119	172	93
Subtotal	732	373	732	450
Total	1105		1182	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

A partir de este hallazgo surgen interrogantes como ¿se produjeron cambios en la dinámica de movimiento de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano que llevó a un número mayor de personas a transitar y morir en el Municipio? ¿Qué cuestiones socioeconómicas o socioculturales explicarían este cambio? Estas preguntas ameritan estudios más profundos para ser respondidas.

Cabe subrayar, finalmente, que la consideración de las muertes en personas no residentes (ocurrencia) resulta fundamental en el estudio de la mortalidad por violencias.

9. DISCUSIÓN

La reflexión final la orientamos en el sentido de introducir la idea de que las violencias pertenecen al mundo de *lo complejo*, y de que su abordaje debería hacerse desde la interdisciplinariedad. Tradicionalmente se ha tratado el problema de las violencias con la lógica de las enfermedades (infecciosas y crónicas), pero las violencias como objeto de estudio no caben en esta lógica si las entendemos como un fenómeno relacional y un problema complejo.

Se define como problema complejo a aquel caracterizado por fenómenos o situaciones producidos por procesos donde entran en interacción aspectos que pertenecen al dominio de distintas disciplinas (García, 2000). Así, los elementos que estos problemas involucran pertenecen —según el problema del cual se trate— a dimensiones biológicas, psicológicas (propias de la subjetividad), de la organización social, de la tecnología, de los modos de producción y de la economía, entre otras. Pero la complejidad no surge sólo de la heterogeneidad de los elementos que constituyen el problema sino también de la inseparabilidad de los mismos en virtud de su interdefinibilidad y mutua dependencia. Por lo que, un sistema de este tipo funciona como una totalidad organizada, y los procesos de fenómenos que constituyen su estructura no son entendibles si se analizan en forma aislada (Duval, 1993; García 1994; García 2000).

En tanto fenómeno relacional, de producción y reproducción social, la violencia tiene anclaje en un nivel individual de la subjetividad y en un nivel microsocioal, el de las relaciones primarias y comunales (Menéndez y Di Prado, 1998). En este nivel se ubicarían las cuestiones de identidad de género y poder que comentamos en las conclusiones. Pero es posible reconocer también otros niveles o contextos explicativos²⁸ —como el de los grandes grupos económicos y políticos del Estado—.

Cuando hablamos de contextos explicativos de un problema puede considerarse que alguno en particular dé cuenta de él en mayor medida, pero más frecuentemente la explicación de eventos complejos se encuentra en la intersección de varios contextos (Franco, 2005). Así, si además consideramos que *“la violencia no constituye una característica cultural inmutable, sino que es un proceso dinámico e histórico directamente relacionado con las condiciones de desigualdad y diferencias dominantes”* (Menéndez y Di Prado, 1998), podríamos diferenciar al menos otros dos contextos explicativos de las violencias: uno político y otro histórico.

A partir de la consideración de estas cuestiones, pensamos que la lógica multifactorial se muestra insuficiente para comprender el problema de las violencias, y que su comprensión requiere un abordaje acorde con el de un problema complejo; un abordaje interdisciplinario.

Se plantea la interdisciplinariedad como abordaje para los problemas complejos, ya que ésta supone una delimitación del sistema que se defina para su estudio sin realizar una excesiva fragmentación de los elementos que lo componen tal como la realizan los enfoques especializados (García 2000). De esta forma, la metodología que se propone:

“no toma como punto de partida las interrelaciones entre las distintas disciplinas, sino el análisis de las interrelaciones que se dan en un sistema complejo entre los

²⁸ La definición de contextos explicativos puede verse en el Marco Teórico (sección 4, ítem 4.3; página 23).

procesos que determinan su funcionamiento. La interdisciplinariedad surgirá como un subproducto de dicho análisis” (García, 1994) (pp.92).

Cabe aclarar que —por supuesto— reconocemos la necesidad de llevar a cabo estudios descriptivos. En primer lugar, porque éstos permiten conocer los perfiles de morbilidad de lugares donde no existe información —como fue el caso de este trabajo—. Siguiendo las ideas de Barata (1997), un paso esencial en epidemiología es describir la ocurrencia del evento en la población estudiada; sin este paso, que lleva implícito la inteligibilidad del objeto, sería imposible avanzar en la investigación. En segundo lugar, los resultados de estudios descriptivos permiten sugerir puntos que merecen atención —como es por ejemplo el asunto de la *ocurrencia* y la *residencia* aquí señalado—, y generar preguntas que guíen los pasos posteriores en la investigación. Subrayamos, por otro lado, la necesidad de complementar los estudios descriptivos con investigaciones de tipo *cualitativo*, que analicen las violencias en el nivel microsocial y aborden otras dimensiones, como la cultural, a las que los cuantitativos no se pueden aproximar. Con una base de conocimiento aportada por estudios de tipo *cuanti y cualitativos* así como por la triangulación de sus métodos, la metodología interdisciplinaria permitiría abordar el problema en su calidad de complejo.

Asimismo, creemos necesario recalcar que no desconocemos el valor de los estudios multifactoriales de diseño epidemiológico actual, por el contrario, queremos resaltar la importancia de complementarlos con otro tipo de metodología a fin de abordar este y otros problemas complejos del campo de la salud de manera integrada. Por supuesto que un abordaje de este tipo no excluye la realización de estudios parciales de algunos de los elementos o funciones del sistema. Ningún análisis de tales sistemas puede prescindir de estudios especializados (García, 2000).

En síntesis, recalamos la necesidad de llevar a cabo estudios descriptivos que produzcan información acerca del problema de las violencias. Pero también resaltamos la necesidad de complementar la información producida por los estudios de tipo cuantitativo con otras metodologías que permitan aproximarnos a otras dimensiones del problema. Esta complementación evitará caer en las tradicionales explicaciones biologicistas y medicalizadoras, que nos llevan a *naturalizar* y banalizar el problema y, por lo tanto, nos dejan sin herramientas para afrontarlo y disminuirlo.

Subrayamos asimismo la necesidad de que los procedimientos para el estudio de las violencias se centren en ésta como objeto de estudio y no en las disciplinas de los investigadores interactuantes; es decir que, “*los problemas de la investigación interdisciplinaria no estén en las disciplinas sino entre ellas*” (García, 1994), a fin de crear un espacio para la comprensión del asunto desde sus distintos contextos explicativos y sus actores individuales y/o colectivos.

10. BIBLIOGRAFÍA

Alazraqui M, Spinelli H, Wilner A, Nadalich J, Olaeta H y Urquía M 2003. Análisis de la calidad de las estadísticas sanitarias oficiales de mortalidad por causas externas: propuesta de un circuito de información intersectorial. Buenos Aires. Mimeo.

Alazraqui M, Spinelli H, Wilner A y Olaeta H 2004. Análisis Cualitativo de la Calidad de Información de los Sistemas Estadísticos de Salud y de Justicia sobre Muertes Violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2001. Buenos Aires. Mimeo.

Alleyne GAO 1999 La prevención de la violencia: compromiso para la Organización. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 5(4/5).

Almeida-Filho N. 1992. *Epidemiología sin números*. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud, N° 28. Organización Panamericana de la Salud.

Almeida-Filho N. 2000. *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Ballesteros IC. 2004. Estudio Epidemiológico Descriptivo de la Mortalidad por Cáncer en los Residentes en el Municipio de Lanús durante el período 1995-2001. Tesis para la obtención del título de Magíster, Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Mimeo.

Barata R. de Cássia Barradas. 1997. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Rev. Saúde Pública*. 31 (5): 531-7.

Briceño-León R. 1999. La violencia en América Latina: salud pública y cambio social En: M. Bronfman y R. Castro. (Org.). *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. Edamex, México.

Briceño-León R. (Compilador) 2001. La nueva violencia urbana de América Latina. En: *Violencia, sociedad y justicia en América Latina*. URL: <http://www.clacso.org/wwwclacso/espanol/html/libros/violencia/violencia.html>

Briceño-León R. 2002. La nueva violencia urbana de América Latina. *Sociologías, Violencias, América Latina*. *Sociologías*. Vol. 1 N° 8. Jul/dec.

Briceño-León R. 2005^a. Violencia interpersonal: Salud Pública y Gobernabilidad. En: Souza Minayo MC y Coimbra Jr. CEA (orgs.) *Críticas e Atenuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Editora Fiocruz, Río de Janeiro, Brasil.

Briceño-León R. 2005b. Urban violence and Public Health in Latin America: a sociological framework of explanation. Mimeo.

Campos D. 2003. Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio. *Revista eure* Vol. XXIX, N° 87, pp. 93-96. URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71612002008400010&lng=es&nrm=iso

Cardona M, García HI., Giraldo CA., López MV, Suárez CM, Corcho DC, Posada CH y Flórez MN. 2005. Homicidios en Medellín, Colombia, entre 1990 y 2002: Actores, móviles y circunstancias. *Cadernos de Saúde Pública*. 21 (3): 840-851.

Castellanos PL. 1995. Epidemiología, salud publica, situación de salud y condiciones de vida. Consideraciones conceptuales. Trabajo preparado por solicitud de los organizadores del Seminario Latinoamericano sobre Condiciones de Vida y Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Santa Casa. Sao Paulo. 10 - 13 de diciembre 1995.

Castro-Gómez S. 2005. Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la 'invención del otro. Programación CTS+I, Sala de lectura. Organización de Estados Iberoamericanos. URL: <http://www.campus-oei.org/salactsi/castro1.htm>

- Concha-Eastman A, Espitia VE, Espinosa R y Guerrero R 2002. La epidemiología de los homicidios en Cali, 1993-1998: seis años de un modelo poblacional. *Rev Panam Salud Pública* 12 (4).
- Conrad P. 1982. Sobre la medicalización. De la anormalidad y el control social. En: Baruch G., Basaglia F., Conrad P., Haugsgjerd S., Ingleby D., Kovel J., Treacher A. & Turkle S. 1982. *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Editorial Crítica. Barcelona, España.
- Couto MT y Schraiber LB 2005. Homens, saúde e violência: Novas questões de gênero no campo da Saúde Coletiva. En: Minayo MC & Coimbra Jr. CEA (orgs). *Críticas e Atenuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Editora FIOCRUZ, Río de Janeiro.
- Cruz J. 1999. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. *Revista Panamericana de Salud Pública/Panamerican Journal of Public Health*. 5(4/5): 259.
- DIS (Dirección de Información Sistematizada) 2002. Región Sanitaria VI.-Lanús URL: <http://www.gba.gov.ar>
- DNPC, DGE y CELS (Dirección Nacional de Política Criminal, Dirección General de Estadísticas y Censos y Centro de Estudios Legales y Sociales) 2002. Homicidios dolosos en la Ciudad de Buenos Aires – Año 2002. Una investigación sobre expedientes judiciales. Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Gobierno de la Ciudad autónoma de Buenos Aires. URL: <http://www.polcrim.jus.gov.ar/Dolosos/Dolosos2002Info1.pdf>
- Duval G. 1993. Investigación disciplinaria y enfoque sistémico. *Avance y Perspectiva* Vol. 12. México, mar/abr.
- Franco S. 1999. *El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Tercer Mundo Editores. Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- Franco S. 2001. La violencia en la sociedad actual. URL: <http://www.genaltruista.com/notas/00000258.htm>
- Freitas ED, Silva Paim J, Vieira da Silva LM & Nascimento Costa MC 2000. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 16(4):1059-1070.
- García R. 1994. Interdisciplinariedad y sistemas complejos. En: Leff H, García R, Gutman P, Toledo VM, Vessuti HM, Fernández R y Brañes R. 1994. *Ciencias sociales y formación ambiental*. Primera Edición. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- García R. 2000. *El conocimiento en construcción. De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- Grebol A. y Spinelli H. 2005. Historia del Municipio de Lanús. En: *Estudio de las desigualdades en el nivel local: el Municipio de Lanús de la Provincia de Buenos Aires*. Mimeo.
- Giffin K. 1994. Violencia de genero, sexualidade e saúde. *Cad. Saúde Publ.* 10 (Supl 1): 146-155.
- Gonçalves de Assis S. 2003. Desigualdade e exclusão, atalhos para a violencia *Século XXI*. URL: http://www.multirio.rj.gov.br/seculo21/texto_link.asp?cod_link=95&cod_chave=2&letra=c
- Gould SJ. 1997. *La falsa medida del hombre*. Editorial Crítica. Barcelona, España.
- Hijar M, Chu LD y Kraus JF 2000. Cross-national comparison of injury mortality: Los Angeles County, and Mexico City, Mexico. *International Journal of Epidemiology*. 29:175-721.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) 1989. Estimaciones de población por departamento. 1980-1990. Versión Revisada. Departamento de Análisis Demográfico. Ministerio de Economía y Producción de la Nación.

INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) 1991. Censo Nacional de Población y Vivienda. Ministerio de Economía de la República Argentina. URL: http://www.indec.mecon.gov.ar/principal.asp?id_tema=75.

INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) 1996. Estimaciones de la población por departamento. Período 1990-2005. *Serie 8 Análisis Demográfico*. Ministerio de Economía y Producción de la Nación.

INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) 2001. Censo Nacional de Población Hogares y Vivienda. Ministerio de Economía de la República Argentina. URL: http://www.indec.mecon.gov.ar/principal.asp?id_tema=75

INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) 2002. Incidencia de la pobreza y de la indigencia en el Gran Buenos Aires. Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Producción de la Nación. URL: http://www.buenosaires2010.org.ar/foros/vivienda/biblioteca/pdf_foro/ditella/04-GEOGRAFICO.PDF

INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) 2003. ¿Qué es el Gran Buenos Aires?" Ministerio de Economía y Producción de la Nación. Buenos Aires, agosto.

Kessler G. 2004. *Sociología del delito amateur*. Primera edición. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Krug EG, Sharma GK y Lozano R. 2000. The Global Burden of Injuries Commentaries. *American Journal of Public Health*. Vol. 90, N°. 4. April.

Landman Szwarcwald C. y Ayres de Castilho E 1998. Mortalidad por armas de fuego no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. *Rev Panam Salud/Pan Am J Public Health*. 4(3).

Menéndez E. 1990. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Primera edición. Alianza Editorial. México D.F., México.

Menéndez E y Di Pardo R. 1998. Violencia y alcohol. Las cotidianidades de las pequeñas muertes. *Relaciones*, Vol. XIX, N°. 74. El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán. pp. 37-71.

Minayo MC de S. 1994. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública". *Cad Saúde Pública*. 10 (supl. 1): 37-18.

Minayo MC. de S. y Souza ER de. 1998. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*. IV(3):513-531, nov-fev.

Minayo MC y Deslandes SF 1998. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública* 14(1): 35-42.

Minayo MC de S. 2004. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde" *Cad. Saúde Pública*. 20(3):646-647, mai-jun.

Minayo de S. MC 2005. Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida" *Salud Colectiva*. Vol. 1 N° 1, enero-abril.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación *Indicadores Básicos Argentina*, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. OPS/OMS.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación 2004. *Estadísticas vitales. Información básica 2003*. Serie 5, N° 47.

Murray C. 1990. The Underclass Revisited. Papers and studies AEI online, Washington. Publication Date: January 1, 2000 URL: http://www.aei.org/publications/pubID.14891/pub_detail.asp

Nunes ED. 1998. O Suicídio—reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. *Cad. Saúde Publ*. 14(1):7-34. Jan-mar.

OIT (Organización Internacional del Trabajo) 1988. "Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones." Ginebra.

OMS (Organización Mundial de la Salud) 1995. "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Décima Revisión." Publicación Científica 554. Washington D.C. Organización Mundial de la Salud.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) 2001. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia de violencias y lesiones. URL: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/guidelines>

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) 2003. *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Publicación científica y técnica N° 588. Washington D.C.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) 2003. Presentación de dos libros esenciales para trabajar en prevención de la violencia. Comunicado de Prensa. Junio.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) 2004. Día Mundial de la salud: seguridad vial. URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/whd04_features.htm

Palmer DS 1998. Drogas y Seguridad en el Mercosur. Instituto Nacional de Administración Pública, Buenos Aires.

Pinheiro Gawryszewski VP, Koizumi MS y Prado de Mello-Jorge MH. 2004. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4):995-1003, jul-ago.

PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) 2003. Armas de fuego y violencia. Programa Hacia la Construcción de una Sociedad sin Violencia. URL: <http://www.violenciaelsalvador.org.sv/index.php?module=htmlpages&func=display&pid=37>

PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) 2004. El impacto de las drogas en la violencia. Buscando soluciones. Consejo Nacional de seguridad Pública de El Salvador, Programa Sociedad sin violencia. Programa Hacia la Construcción de una Sociedad sin Violencia. URL: <http://www.violenciaelsalvador.org.sv/modules.php?op=modload&name=Downloads&file=index&req=viewsdownload&sid=22>

Ramos de Souza E. 1994. Homicídios no Brasil: O Grande Vilão da Saúde Pública na Década de 80." *Cad. Saúde Públ.* 10 (Supl. 1): 45-60.

Ramos de Souza E. 2002. Processos, Sistemas e Métodos de Informação em acidentes e violências no âmbito da Saúde Pública. En: De Souza Minayo MC y Ferreira Deslandes S. 2002. *Caminhos do pensamento epistemologia e método* Editora Fiocruz, Río de Janeiro, Brasil.

Ramos de Souza E. 2005a. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*. 10(1): 59-70.

Ramos de Souza E 2005b. Impacto da violência no Brasil e em alguns países das Américas. En: Souza Minayo MC y Coimbra Jr. CEA (orgs.) 2005. *Críticas e Atenuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Editora Fiocruz. Río de Janeiro, Brasil.

Rojas L.I., Santos S.M. y Barcellos C. 2005. Diferenciación espacial de la violencia en América Latina". En: de Souza Minayo M.C. & Coimbra Jr. C.E.A. (Org.) 2005. *Críticas e Atenuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Editora Fiocruz, Río de Janeiro, Brasil.

Saín M 2003. Recuperación y destrucción de armas en circulación ilícita. Proyecto Construyendo Seguridad Ciudadana del Programa de Apoyo a la Reforma Estatal y Fortalecimiento Fiscal. Informe de Avance 1 y 2.

Siempre (Sistema de Evaluación Monitoreo y Programas Sociales) 2004. Pobreza e indigencia. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas sociales. Presidencia de la Nación.

Spinelli H. 1998. Razón, Salud y Violencia o la (im)potencia de la racionalidad Medico-Científica. Tesis de doctorado. UNICAMP. Brasil.

Spinelli H, Urquía M Yavich N, Jaquenod M. 2001. Equidad y Salud: Aproximación al estudio de la equidad en salud en el Municipio de Lanús, Provincia de Buenos Aires, Argentina, 1998-2001. Mimeo.

Spinelli H, Alazraqui M, Macías G, Zunino MG y Nadalich JC 2005. *Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el Sector Salud*. Buenos Aires. Representación OPS/OMS en Argentina. Publicación Científica N° 60. pp. 160.

Tourinho Peres MF. (Coordinación) 2004. Violencia por armas de fogo no Brasil. Relatório Nacional. Sao Paulo, Brasil. Núcleo de Estudos da violencia, Universidade de Sao Paulo.

Tourinho Peres MF y dos Santos PC 2005. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Rev. Saúde Pública* 39(1): 58-66.

UNLa (Universidad Nacional de Lanús. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud; Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud; Dirección de Epidemiología; Organización Panamericana de la Salud. Representación Argentina) 2005. [CD ROM] *Atlas de Mortalidad de la República Argentina. Períodos 1990-1992 y 1999-2001*. Buenos Aires. OPS-Argentina.

WHO (World Health Organization) 2002a. *World report on violence and health*. Geneva. URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

WHO (World Health Organization) 2002b. The injury chart book. A graphical overview of the global burden of injuries. World Health Organization. Geneva. <http://whqlibdoc.who.int/publications/924156220X.pdf>

WHO (World Health Organization) 2004. "WHOFIC (WHO Family of International Classifications Network Meeting).

Yunes J. y Rajs D. 1994. Tendencia de la Mortalidad por Causas Violentas en la Población General y entre los Adolescentes y Jóvenes de la Región de las Américas. *Cadernos de Saúde Pública*. 10(1). pp. 88-91.

11. LISTADO DE TABLAS, GRÁFICOS Y MAPAS

Tablas:

Tabla 1. Tasas crudas y ajustadas de Mortalidad por Violencias (por 100.000 habitantes). Argentina. 2000-2005.

Tabla 2. Distribución porcentual de los principales grupos de causas de defunción, en residentes del Municipio de Lanús. 1998-2002.

Tabla 3. Distribución porcentual y densidad de la población del Municipio de Lanús según localidad. 1991 y 2001.

Tabla 4. Tabulación oficial para la mortalidad por causas violentas y adaptación para el estudio de las muertes violentas. Municipio de Lanús. 1998-2002.

Tabla 5. Distribución porcentual de los Tipos de Muerte Violenta ocurridas en el Municipio de Lanús según Período. 1998-2002.

Tabla 6. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Circunstancia de ocurrencia de la violencia. 1998-2002.

Tabla 7. Distribución porcentual de los Tipos de Muerte Violentas ocasionadas por disparo con arma de fuego. Municipio de Lanús. 1998-2002.

Tabla 8. Razón del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Tabla 9. Razón de los Tipos de Muerte Violenta ocurridas en el Municipio de Lanús según Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Tabla 10. Tasa del Total de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Tabla 11. Tasa de los Tipos de Muerte Violenta en residentes del Municipio de Lanús según Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Tabla 12. Distribución porcentual de las Muertes por Homicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Circunstancia de ocurrencia de la violencia. 1998-2002.

Tabla 13. Distribución porcentual de las Muertes por Suicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Circunstancia de ocurrencia de la violencia. 1998-2002.

Tabla 14. Distribución porcentual de las Muertes por Accidente ocurridas en el Municipio de Lanús según Circunstancia de ocurrencia de la violencia. 1998-2002.

Tabla 15. Distribución porcentual de las Muertes Violentas Ignoradas ocurridas en el Municipio de Lanús según Circunstancia de ocurrencia de la violencia. 1998-2002.

Tabla 16. Razón de los Tipos de Muerte Violenta en función de la reasignación proporcional de las muertes violentas ignoradas entre los otros tres tipos de muerte. Municipio de Lanús. 1998-2002.

Tabla 17. Razones de los Tipos de Muertes Violentas por disparo de arma de fuego, en función de la reasignación proporcional de las violencias ignoradas entre los otros tres tipos de muerte. Municipio de Lanús. 1998-2002.

Tabla 18. Número de muertes según tipo de indicador (Razón o Tasa), en función del lugar de defunción. Municipio de Lanús. 1998-2002.

Gráficos:

Gráfico 1. Tasas crudas de Mortalidad por Violencias (por 100.000 habitantes). Argentina, Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Primer Cordón de la Provincia de Buenos Aires y Municipio de Lanús. 1980-2002.

Gráfico 2. Tasas ajustadas de Mortalidad por Violencias (por 100.000 habitantes). Argentina, Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y Municipio de Lanús. 1998-2002.

Gráfico 3. Crecimiento poblacional del Municipio de Lanús. 1950-2005. Con ampliación del período 1998-2002.

Gráfico 4. Pirámide de población del Municipio de Lanús, 2001.

Gráfico 5. Razón del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 6. Razón del Total Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 7. Tasa del Total de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 8. Tasa del Total de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 9. Razón de Muertes por Homicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 10. Razón de Muertes por Homicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 11. Tasa de Muertes por Homicidio en residentes del Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 12. Tasa de Muertes por Homicidio. Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 13. Razón de Muertes por Suicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 14. Razón de Muertes por Suicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 15. Tasa de Muertes por Suicidio en residentes del Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 16. Tasa de Muertes por Suicidio en residentes del Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 17. Razón de Muertes por Accidente ocurridas en el Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 18. Razón de Muertes por Accidente ocurridas en el Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 19. Tasa de Muertes por Accidente en residentes del Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 20. Tasa de Muertes por Accidente en residentes del Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 21. Razón de Muertes Violentas Ignoradas ocurridas en el Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 22. Razón de Muertes Violentas Ignoradas ocurridas en el Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 23. Tasa de Muertes Violentas Ignoradas en residentes del Municipio de Lanús según Sexo y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Gráfico 24. Tasa de Muertes Violentas Ignoradas en residentes del Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Mapas:

Mapa 1. Tasas de mortalidad por provincias ajustadas por edad. Agresiones. Ambos sexos. Argentina, 1990-1992 a 1999-2001.

Mapa 2. Localidades del Municipio de Lanús, 2003.

Mapa 3. Densidad de población según fracción censal del Municipio de Lanús, 1991.

Mapa 4. Razón de viviendas tipo b/a según fracción censal. 1991.

Mapa 5. Villas de emergencia. Municipio de Lanús. 2003.

Mapa 6. Georreferencia del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Mapa 7. Razón del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Mapa 8. Georreferencia del Total de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Mapa 9. Tasa del Total de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Mapa 10. Razón de Muertes por Homicidio ocurridas en el Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Mapa 11. Tasa de Muertes por Homicidio en residentes del Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Mapa 12. Razón de Muertes por Suicidio ocurridas en el Municipio de Lanús (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Mapa 13. Tasa de Muertes por suicidio en residentes del Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Mapa 14. Razón de Muertes por Accidente ocurridas en el Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes), y ampliación de un área seleccionada. 1998-2002.

Mapa 15. Tasa de Muertes por Accidente en residentes del Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Mapa 16. Razón de Muertes Violentas Ignoradas ocurridas en el Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

Mapa 17. Tasa de Muertes Violentas Ignoradas en residentes del Municipio de Lanús según fracción censal (por 100.000 habitantes). 1998-2002.

12. ANEXOS

Anexo 1. Cálculo de tasas de la serie de tendencia temporal 1998-2002.

Las poblaciones utilizadas para calcular las tasas del Primer Cordón y Lanús corresponden a estimaciones al 30 de junio de cada año realizadas por (INDEC, 1989) en el caso del período 1980-1989 y por (INDEC, 1996) en el caso del período 1990-2000.

Para los años 2001 y 2002, en vista de que no se dispuso, al momento de realización de este trabajo, de las estimaciones de población por departamento, la serie histórica se reconstruyó para el primer cordón utilizando la población del año 2000 y para Lanús las poblaciones estimadas por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (favor ver sección de metodología).

Dado que se disponía de las poblaciones estimadas por la DEIS desde 1995 a 2001, se realizó la comparación entre éstas y las estimadas por el INDEC para esos años. Las poblaciones calculadas por el INDEC (1996), difirieron de las calculadas por la DEIS en menos del 0,01%. Se evaluó también la existencia de diferencias entre la población del INDEC (1996) y las obtenidas por la misma Institución para el censo 1991, así como la estimada por la DEIS y la del censo 2001. Para el primer caso la diferencia fue del 0,03%, para el segundo fue mayor (3,6%) lo cual pueda deberse a la discutida confiabilidad de este censo. Se decidió no utilizar las poblaciones censales para estos años a fin de evitar la inclusión de una tercera metodología de medición y permitir comparabilidad.

En la siguiente Tabla se muestran los valores de las tasas y poblaciones:

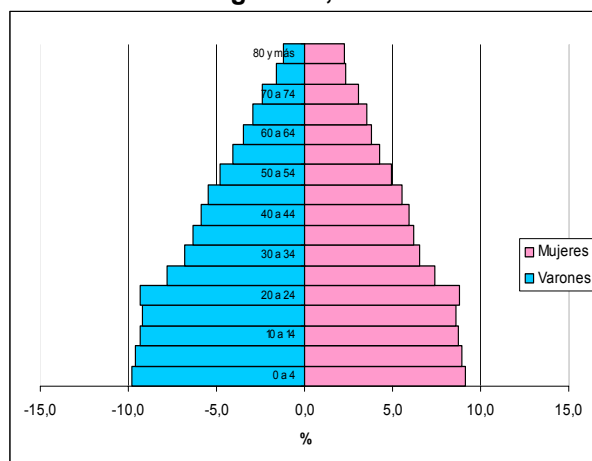
Número de habitantes y Tasa cruda de mortalidad por violencias (por 100.000 hab.). Argentina, Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Primer cordón de la Provincia de Buenos Aires y Municipio de Lanús. 1980-2002.

Años	Argentina		Provincia de Buenos Aires		Ciudad Autónoma de Buenos Aires		Primer cordón de la Provincia de Buenos Aires		Municipio de Lanús	
	Población	Tasa	Población	Tasa	Población	Tasa	Población	Tasa	Población	Tasa
1980	27.064.000	61,0	10.891.000	54,9	2.985.000	51,1	2.711.663	41,9	467.165	40,2
1981	28.694.000	58,6	11.196.000	57,5	2.919.000	46,6	2.531.072	58,0	468.635	49,3
1982	29.158.000	53,3	11.408.000	48,8	2.915.000	45,4	2.750.180	43,2	470.081	40,0
1983	29.627.000	52,7	11.625.000	49,5	2.910.000	44,8	2.769.889	42,5	471.573	38,8
1984	30.097.000	48,6	11.829.000	52,6	2.924.000	47,8	2.789.147	51,3	473.031	48,8
1985	30.331.284	49,0	11.933.001	48,2	2.901.059	49,9	2.807.508	43,5	474.420	43,0
1986	30.736.806	53,6	12.107.352	50,1	2.899.621	56,0	2.828.858	50,1	476.036	48,5
1987	31.137.299	53,8	12.275.532	51,4	2.899.452	54,1	2.850.058	50,7	477.641	47,3
1988	31.534.101	54,8	12.440.201	52,6	2.900.045	55,7	2.870.063	51,0	479.155	50,5
1989	31.928.521	54,7	12.604.018	53,2	2.900.815	53,4	2.893.987	50,8	482.241	51,2
1990	32.122.888	52,8	12.769.606	50,0	2.901.181	55,4	2.795.590	49,0	468.037	45,7
1991	32.965.830	52,2	12.736.369	51,8	2.993.263	44,2	2.806.566	47,8	468.690	52,7
1992	33.374.634	54,0	12.887.852	54,8	2.992.679	52,9	2.815.559	51,0	468.837	52,3
1993	33.777.794	55,6	13.036.513	54,2	2.991.270	51,8	2.824.551	48,1	468.983	50,3
1994	34.180.174	55,5	13.184.446	53,2	2.989.539	52,9	2.833.591	52,1	469.130	46,7
1995	34.768.458	51,9	13.379.401	49,6	3.027.886	42,2	2.839.725	44,2	469.278	43,0
1996	35.219.612	53,0	13.544.764	51,0	3.032.875	47,4	2.849.678	39,1	469.429	42,4
1997	35.671.894	54,5	13.711.746	54,3	3.036.891	45,3	2.860.707	43,6	469.582	45,6
1998	36.124.931	54,3	13.879.575	54,0	3.040.292	45,2	2.869.789	45,5	469.735	50,0
1999	36.578.355	53,8	14.047.483	53,4	3.043.431	42,1	2.878.908	43,7	469.889	47,2
2000	37.031.795	52,3	14.214.701	52,6	3.046.662	41,5	2.887.037	44,3	470.042	46,0
2001	37.486.929	53,1	14.381.806	54,9	3.049.941	39,2	2.887.368	46,3	470.373	51,9
2002	37.944.014	51,9	14.549.311	54,4	3.053.030	40,6	2.887.562	47,2	470.567	56,3

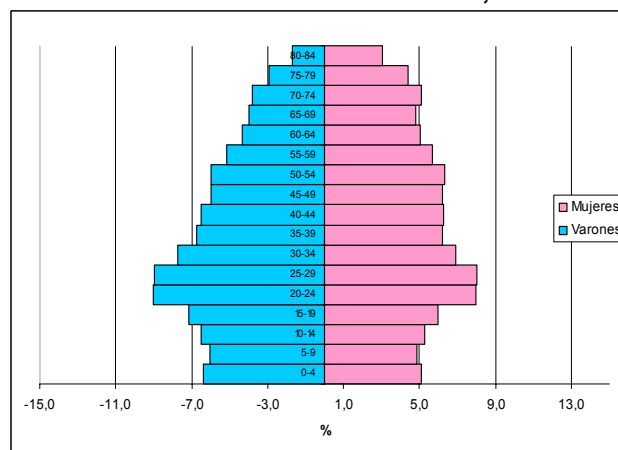
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, e INDEC (1989), INDEC (1996).

Anexo 2. Pirámides de población —en porcentaje de población— de Argentina, Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Municipio de Lanús, 2001.

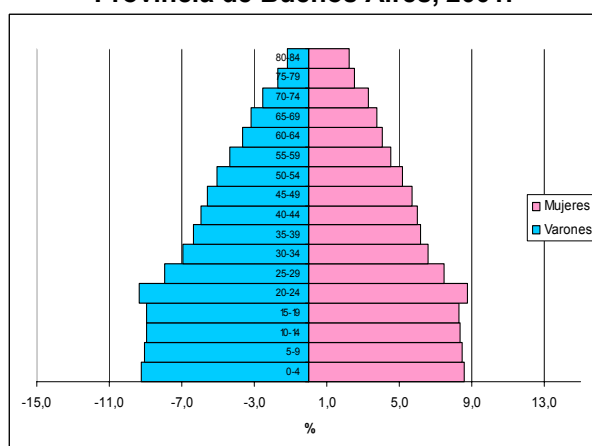
Argentina, 2001.



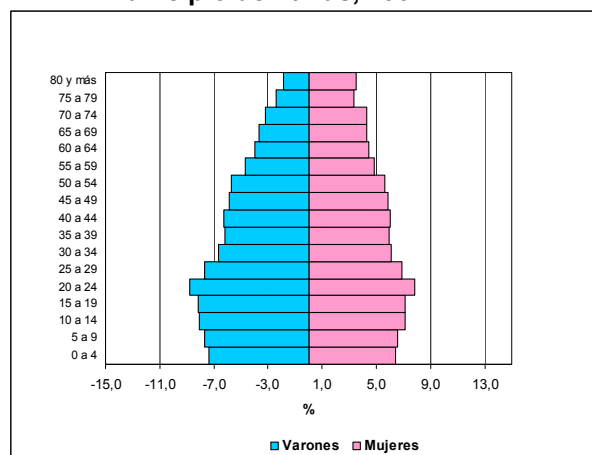
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2001.



Provincia de Buenos Aires, 2001.



Municipio de Lanús, 2001.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2001.

Anexo 3. Resultados del ajuste de tasas

Tasas crudas y ajustadas de mortalidad por violencias (por 100.000 hab.). Argentina, Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y Municipio de Lanús. 1998-2002.

Años	Argentina				Provincia de Buenos Aires				Ciudad Autónoma de Buenos Aires				Municipio de Lanús			
	Tasa cruda	Tasa ajustada	IC (95%)		Tasa cruda	Tasa ajustada	IC (95%)		Tasa cruda	Tasa ajustada	IC (95%)		Tasa cruda	Tasa ajustada	IC (95%)	
1998	51,3	51,7	51,0	52,5	50,2	49,7	48,6	50,9	44,9	37,6	35,6	39,7	48,7	47,7	41,5	54,0
1999	49,2	49,3	48,6	50,0	51,1	50,5	49,3	51,6	37,6	33,4	31,4	35,4	44,0	44,4	38,3	50,6
2000	50,0	50,0	49,3	50,8	51,2	50,3	49,1	51,5	41,0	34,6	32,6	36,6	43,8	42,7	36,8	48,6
2001	51,0	51,0	50,2	51,7	53,6	52,7	51,5	53,8	38,8	32,6	30,7	34,6	51,0	52,2	45,5	58,9
2002	49,9	50,0	49,3	50,7	53,3	52,3	51,1	53,5	40,2	33,7	31,7	35,6	56,1	56,2	49,4	63,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y el programa Epidat 3.0.

Anexo 4. Criterios adoptados para el cruce de las bases de datos

Con el fin de recuperar información importante para el análisis de la mortalidad por violencias en el partido de Lanús, se llevó a cabo el cruce de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) y de los Certificados de Defunción (CF) correspondientes al periodo en estudio, 1998-2002.

Este proceso requirió de un paso previo al cruce, que consistió en acondicionar las dos bases de datos tal que las mismas fueran compatibles entre sí y el programa de computación pudiera detectar coincidencias exactas entre las variables analizadas. El acondicionamiento consistió principalmente en un arduo trabajo a fin de unificar el formato de los campos utilizados para el cruce.

El cruce de las bases de datos se realizó a partir las variables *sexo, edad, fecha de defunción, fecha nacimiento y partido de residencia de la muerte violenta*. La elección de estas variables responde al hecho de que todas ellas forman parte de ambos tipos de fuente y la información que contienen es de alta calidad.

Para constituir la base final, producto del cruce, se utilizaron inicialmente los registros coincidentes o “matcheados” en el primer cruce que presentaban concordancia total entre las variables mencionadas en el párrafo anterior, así como los registros que mostraban coincidencia entre el código de defunción contenido en los IED, y las causas básica e inmediata descriptas en los CF.

En un segundo paso, se analizó cada uno de los pares de registros del CF e IED que presentaban disidencia en alguna de las variables en cuestión. La inclusión de estos pares en la base final se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Si los registros presentaban la misma fecha de defunción y fecha de nacimiento, con el mismo diagnóstico pero diferente (o desconocido) partido de residencia, se lo consideró el mismo óbito, tomando como partido de residencia al que aparecía en la base de los CF porque se considera que el Certificado de Defunción tiene como fin una identificación más exacta del individuo, dado los fines para los que fue construido este instrumento.
- Si presentaban el mismo partido de residencia con igual diagnóstico y fecha de defunción pero distinta fecha de nacimiento; se lo consideró el mismo óbito sólo si la edad presentaba una diferencia de más o menos un año.
- Si presentaban el mismo partido de residencia, igual diagnóstico y la misma fecha de defunción pero con una fecha de nacimiento que difería en más de un año, se evaluó la edad calculada y la edad declarada²⁹. Si éstas coincidían, se los consideró el mismo óbito.

Se logró coincidencia completa en el 95,0% (n=1.050) del total de 1.105 registros de los IED, correspondientes a las muertes por violencias ocurridas en el Municipio de Lanús.

²⁹ Llamamos *edad declarada* a aquella que aparece en el documento (sea CF o IED) y *edad calculada* a la calculada en base a las fechas de defunción y nacimiento. La edad declarada difirió generalmente de la calculada en más o menos un año, pero en algunos casos presentaban mayores diferencias la cuales atribuimos a un error en la edad declarada o en las fechas de nacimiento o defunción. De esta forma, la edad calculada permitió, en algunos casos, corregir errores de cualquiera de estas variables y establecer así coincidencia o disidencia de la información de los registros que se compararon.

Anexo 5. Población del Municipio de Lanús. Período 1998-2002.

Tabla 5a. Número de habitantes del Municipio de Lanús según Período. 1998-2002.

Año	Población
1998	469.806
1999	469.993
2000	470.184
2001	470.373
2002	470.567

Tabla 5b. Número de habitantes del Municipio de Lanús. Varones. 1998-2002.

VARONES	AÑO				
Edad	1998	1999	2000	2001	2002
0-4	18.805	18.783	18.761	18.738	18.746
5-9	19.058	19.036	19.013	18.990	18.998
10-14	20.582	20.558	20.533	20.509	20.517
15-19	18.566	18.544	18.522	18.500	18.508
20-24	16.831	16.812	16.792	16.772	16.779
25-29	15.678	15.660	15.642	15.623	15.629
30-34	15.746	15.728	15.709	15.690	15.697
35-39	14.967	14.950	14.932	14.914	14.920
40-44	14.489	14.472	14.455	14.438	14.443
45-49	12.253	12.239	12.225	12.210	12.215
50-54	11.366	11.353	11.340	11.326	11.331
55-59	11.407	11.394	11.380	11.367	11.371
60-64	11.045	11.032	11.019	11.006	11.010
65-69	9.474	9.463	9.452	9.441	9.445
70-74	5.782	5.776	5.769	5.762	5.764
75 y más	6.731	6.723	6.715	6.707	6.710
Total	222.782	222.522	222.258	221.993	222.084

Tabla 5c. Número de habitantes del Municipio de Lanús. Mujeres. 1998-2002.

MUJERES	AÑO				
Edad	1998	1999	2000	2001	2002
0-4	18.952	18.986	19.021	19.056	19.064
5-9	18.803	18.837	18.872	18.907	18.914
10-14	20.857	20.895	20.933	20.972	20.980
15-19	19.346	19.381	19.417	19.452	19.460
20-24	17.603	17.635	17.667	17.699	17.707
25-29	16.319	16.349	16.379	16.409	16.416
30-34	16.570	16.600	16.631	16.661	16.668
35-39	16.306	16.336	16.366	16.396	16.402
40-44	15.223	15.250	15.278	15.306	15.313
45-49	13.845	13.870	13.896	13.921	13.927
50-54	13.667	13.692	13.717	13.742	13.748
55-59	13.631	13.655	13.680	13.705	13.711
60-64	14.344	14.370	14.397	14.423	14.429
65-69	11.707	11.728	11.750	11.771	11.776
70-74	8.483	8.498	8.514	8.530	8.533
75 y más	11.367	11.388	11.409	11.430	11.434
total	247.024	247.471	247.926	248.380	248.483

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Anexo 6. Geocodificación manual

Los criterios utilizados para la geocodificación manual son similares a los adoptados en una investigación previa (Spinelli *et al.*, 2005):

- a) Hechos ocurridos en aguas del Riachuelo: se localizaron los puntos sobre las aguas de los ríos frente al punto de referencia indicado en el CF.
- b) Hechos ocurridos en villas y/o barrios: se asignaron según la distribución proporcional de la población de los radios censales que atravesaban la villa o barrio.
- c) Hechos ocurridos en vías del ferrocarril: los puntos fueron ubicados exactamente en el lugar de ocurrencia de la defunción tal como lo indicaba el CF. Estos casos corresponden en su totalidad a la intersección entre calles y/o las vías del ferrocarril.

Somos concientes de que la dirección de ocurrencia de la defunción no siempre coincide la de ocurrencia del hecho violento. Sin embargo, suponemos que en la mayoría de los casos ocurridos en la vía pública y vivienda ambas direcciones son coincidentes. En 346 casos la dirección de ocurrencia de la defunción correspondía a la de un centro asistencial del Municipio, de éstas sólo se geocodificaron 3 casos catalogados como “no clasificables” —*complicaciones en la atención médica y quirúrgica*—; los restante 343 casos no fueron considerados para la elaboración de los mapas de ocurrencia.

Anexo 7. Resultados de la geocodificación

Tabla 7a. Resultados del proceso de geocodificación de las defunciones violentas ocurridas en el Municipio de Lanús. 1998-2002.

	% (n)
Total de registros geocodificados	85,3 (943)
Total de registros no geocodificados	14,7 (162)
Total de defunciones ocurridas en Lanús	100,0 (1.105)

Fuente: Elaboración propia a partir del proceso de geocodificación con el programa Mapinfo 7.0 y los datos obtenidos de los Certificados de Defunción, Registro Civil del Municipio de Lanús.

Tabla 7b. Resultados del proceso de geocodificación de las defunciones violentas en residentes del Municipio de Lanús. 1998-2002.

	% (n)
Total de registros geocodificados	78,6 (575)
Total de registros no geocodificados	21,4 (157)
Total de defunciones en residentes de Lanús	100,0 (732) ³⁰

Fuente: Elaboración propia a partir del proceso de geocodificación con el programa Mapinfo 7.0 y los datos obtenidos de los Certificados de Defunción, Registro Civil del Municipio de Lanús.

³⁰ De los 1.182 residentes del Municipio de Lanús, 732 murieron en Lanús, y 450 en otros sitios. Cómo es obvio, éstos últimos no se tomaron en cuenta para la geocodificación.

Anexo 8. Razón de masculinidad y distribución porcentual de los Tipos de Violenta según sexo, edad y período.

Tabla 8a. Razón de masculinidad de los Tipos de Muerte Violenta ocurridas en el Municipio de Lanús según Período. 1998-2002.

Tipo de muerte Violenta	AÑO					
	1998	1999	2000	2001	2002	Total Período
Accidentes	1,6	1,5	3,1	1,9	2,1	2,0
Suicidios	2,3	2,8	3,7	5,0	5,7	3,9
Homicidios	12,5	5,2	8,3	6,0	16,0	9,1
Muertes Violentas Ignoradas	5,9	5,9	5,1	14,3	11,5	7,7
Total	3,7	3,8	4,5	5,8	6,3	4,8

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Tabla 8b. Distribución porcentual de los Tipos de Muerte Violenta ocurridas en el Municipio de Lanús según Sexo y Período. 1998-2002.

Tipo de muerte Violenta	AÑO									
	1998		1999		2000		2001		2002	
	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Accidentes	46,3 (19)	19,7 (30)	38,5 (15)	15,5 (23)	37,1 (13)	25,6 (40)	47,2 (17)	15,5 (32)	52,5 (21)	17,9 (45)
Suicidios	14,6 (6)	9,2 (14)	10,3 (4)	7,4 (11)	17,1 (6)	14,1 (22)	13,9 (5)	12,1 (25)	15,0 (6)	13,5 (34)
Homicidios	4,9 (2)	16,4 (25)	12,8 (5)	17,6 (26)	11,4 (4)	21,2 (33)	16,7 (6)	17,4 (36)	12,5 (5)	31,9 (80)
Muertes Violentas Ignoradas	34,1 (14)	54,6 (83)	38,5 (15)	59,5 (88)	34,3 (12)	39,1 (61)	22,2 (8)	55,1 (114)	20,0 (8)	36,7 (92)
TOTAL	100,0 (41)	100,0 (152)	100,0 (39)	100,0 (148)	100,0 (35)	100,0 (156)	100,0 (36)	100,0 (207)	100,0 (40)	100,0 (251)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Tabla 8c. Distribución porcentual de los Tipos de Muerte Violenta ocurridas en el Municipio de Lanús según Grupo Etario y Período. 1998-2002.

Grupo Etario (Años)	Accidentes	Suicidios	Homicidios	Muertes Violentas Ignoradas	Total
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
0-4	10,2 (26)	0,0 (0)	0,0 (0)	2,4 (12)	3,4 (38)
5-9	2,4 (6)	0,0 (0)	0,9 (2)	0,2 (1)	0,8 (9)
10-14	2,7 (7)	0,0 (0)	2,3 (5)	1,2 (6)	1,6 (18)
15-19	6,7 (17)	9,0 (12)	14,9 (33)	11,3 (56)	10,7 (118)
20-24	7,5 (19)	10,5 (14)	19,8 (44)	15,2 (75)	13,8 (152)
25-29	6,7 (17)	6,0 (8)	16,7 (37)	11,9 (59)	11,0 (121)
30-34	3,1 (8)	10,5 (14)	5,4 (12)	7,7 (38)	6,5 (72)
35-39	3,5 (9)	7,5 (10)	8,1 (18)	8,7 (43)	7,2 (80)
40-44	4,3 (11)	3,8 (5)	10,4 (23)	6,3 (31)	6,3 (70)
45-49	5,1 (13)	5,3 (7)	6,8 (15)	4,6 (23)	5,2 (58)
50-54	4,7 (12)	3,8 (5)	2,3 (5)	4,2 (21)	3,9 (43)
55-59	7,5 (19)	10,5 (14)	3,6 (8)	4,8 (24)	5,8 (65)
60-64	4,3 (11)	8,3 (11)	1,8 (4)	4,6 (23)	4,4 (49)
65-69	7,1 (18)	2,3 (3)	2,3 (5)	4,0 (20)	4,2 (46)
70-74	4,7 (12)	6,8 (9)	2,3 (5)	3,8 (19)	4,1 (45)
75 y más	19,6 (50)	15,8 (21)	2,7 (6)	8,9 (44)	11,0 (121)
Total general	100,0 (255)	100,0 (133)	100,0 (222)	100,0 (495)	100,0 (1105)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

Anexo 9. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas según Ocupación

Tabla 9a. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Ocupación. 1998-2002.

Ocupación	% (n)
Jubilado, Pensionado o Retirado	15,7 (173)
Desocupado	13,0 (144)
Oficinistas	10,4 (115)
Estudiante	8,0 (88)
Modelos, vendedores y demostradores	5,8 (64)
Oficiales y operarios de las industrias extractivas y de la construcción	4,8 (53)
Ama de casa	4,7 (52)
Operadores de máquinas y montadores	4,1 (45)
Conductores de vehículos y operadores de equipos pesados móviles	3,9 (43)
Trabajadores no calificados de ventas y servicios	2,9 (32)
Peones de la minería, la construcción, la industria manufacturera y el transporte	1,9 (21)
Trabajadores de los servicios personales y de los servicios de protección y seguridad	1,8 (20)
Oficiales y operarios de la metalurgia, la construcción mecánicas y afines	1,2 (13)
Otros oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	0,4 (4)
Técnicos y profesionales de nivel medio de las ciencias biológicas, la medicina y la salud	0,4 (4)
Directores de empresa	0,3 (3)
Discapacitado	0,3 (3)
Fuerzas armadas	0,3 (3)
Otros profesionales científicos e intelectuales	0,2 (2)
Otros técnicos y profesionales de nivel medio	0,2 (2)
Profesionales de la enseñanza	0,2 (2)
Profesionales de las ciencias biológicas, la medicina y la salud	0,2 (2)
Profesionales de las ciencias físicas, químicas y matemáticas y de la ingeniería	0,2 (2)
Fuerzas armadas	0,1 (1)
Oficiales y operarios de la metalurgia, la construcción mecánica y afines	0,1 (1)
Oficiales y operarios de las industrias extractivas y de la construcción	0,1 (1)
Operadores de maquinas y montadores	0,1 (1)
Otros oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	0,1 (1)
Otros profesionales científicos e intelectuales	0,1 (1)
Técnicos y profesionales de nivel medio de las ciencias físicas y químicas, la ingeniería y afines	0,1 (1)
Sin Información	18,8 (208)
Total general	100,0 (1105)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Certificados de Defunción, Registro Civil del Municipio de Lanús y Clasificación Internacional de Ocupaciones (CIUO 88 OIT) modificada.

Anexo 10. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas según Nivel de Instrucción

Tabla 10a. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Nivel de Instrucción. 1998-2002.

Nivel de Instrucción	% (n)
Sin instrucción	1,4 (15)
Primario	35,3 (390)
Secundario	8,7 (96)
Superior o universitario	0,4 (4)
Sin información	54,3 (600)
Total	100,0 (1105)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Anexo 11. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas según Mes y Día de la semana.

Tabla 11a. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Mes. 1998-2002.

MES	% (n)
Diciembre	10,3 (114)
Julio	9,4 (104)
Noviembre	9,0 (100)
Abril	8,6 (95)
Mayo	8,6 (95)
Octubre	8,3 (92)
Enero	8,2 (91)
Septiembre	8,1 (90)
Agosto	8,1 (89)
Marzo	8,0 (88)
Junio	7,4 (82)
Febrero	5,9 (65)
Total general	100,0 (1105)

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

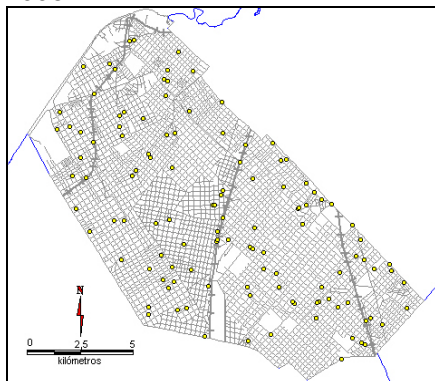
Tabla 11b. Distribución porcentual del Total de Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Día de la semana. 1998-2002.

Día de la semana	% (n)
Domingo	15,9 (176)
Sábado	15,1 (167)
Viernes	14,8 (163)
Lunes	14,3 (158)
Martes	12,7 (140)
Jueves	12,0 (133)
Miércoles	10,2 (113)
Sin información	5,0 (55)
Total general	100,0 (1105)

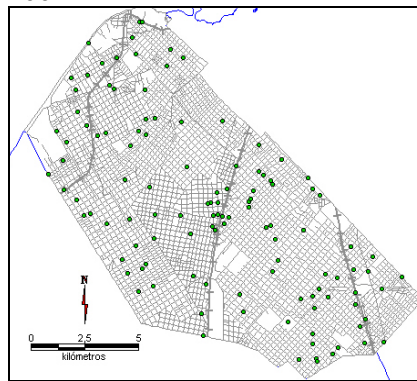
Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Certificados de Defunción, Registro Civil del Municipio de Lanús.

Anexo 12. Georreferencia de las Muertes Violentas ocurridas en el Municipio de Lanús según Período. 1998-2002.

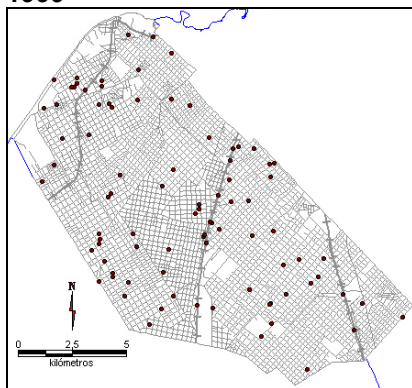
1998



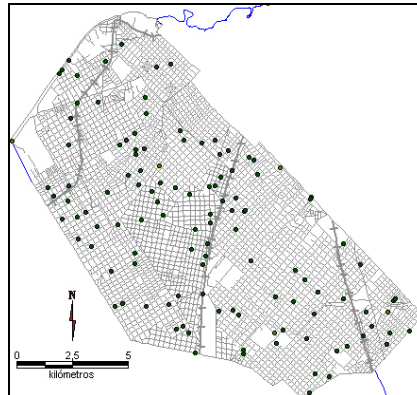
2001



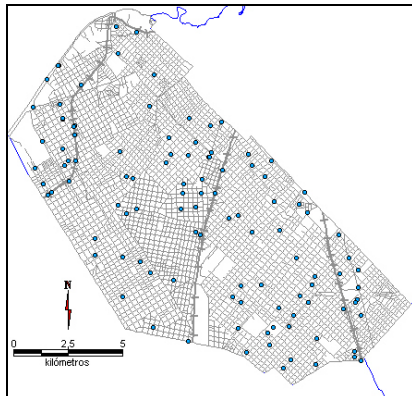
1999



2002



2000



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud

Anexo 13. Número de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús. 1998-2002.

Tabla 13a. Número de Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús. 1998-2002.

Año	Número de defunciones en residentes		
	Varones	Mujeres	Total
1998	182	53	235
1999	172	50	222
2000	173	43	216
2001	202	42	244
2002	228	37	265
Total	957	225	1.182

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

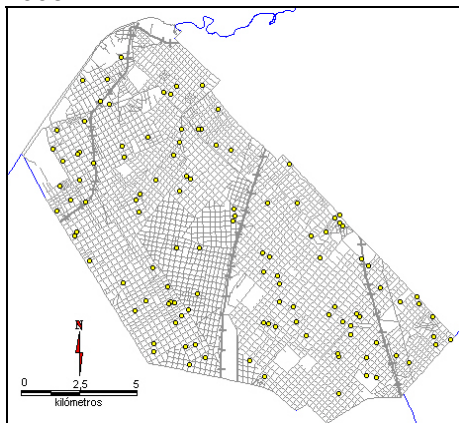
Tabla 13b. Número de los Tipos de Muerte Violenta en residentes del Municipio de Lanús. 1998-2002.

Tipo de Muerte Violenta	1998	1999	2000	2001	2002	Total promedio del período
Accidente	78	65	85	59	70	71
Suicidio	21	15	36	30	38	28
Homicidio	23	37	28	52	76	43
Muertes Violentas Ignoradas	113	105	67	103	81	94

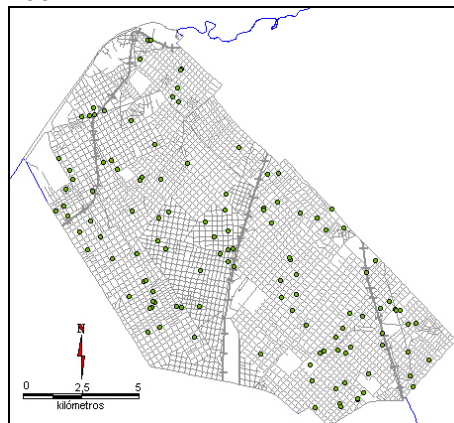
Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

Anexo 14. Georreferencia de las Muertes Violentas en residentes del Municipio de Lanús según Período. 1998-2002.

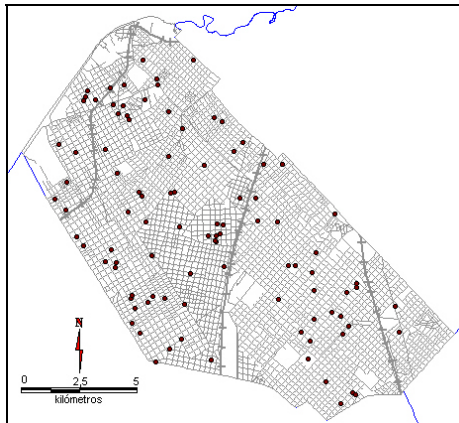
1998



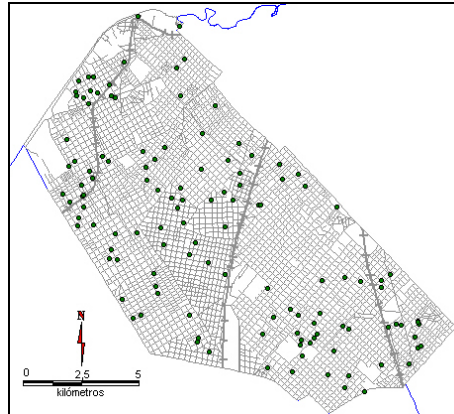
2001



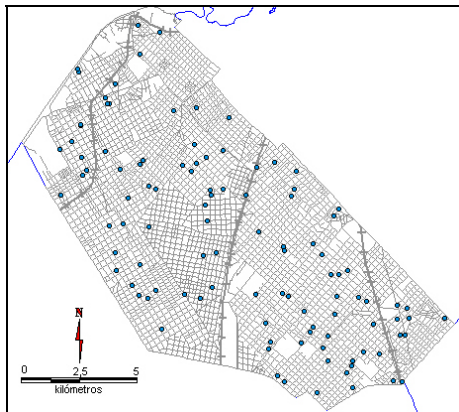
1999



2002



2000



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de los Informes Estadísticos de Defunción, Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

